

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA**

**Departamento de Sociología I (Cambio Social)**



**TESIS DOCTORAL**

**Cartografías de profesionales de la medicina.  
Conversaciones con médicas-os latinoamericanas-os  
desde España**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**María Cristina Romero Rodríguez**

Director

Manuel Eliécer Espinel Vallejo

Madrid, 2016

Tesis de Doctorado

# Cartografías de profesionales de la medicina.

Conversaciones con médicas-os latinoamericanas-os desde España

**María Cristina Romero Rodríguez**

Departamento de Sociología I (Cambio Social)

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

Universidad Complutense de Madrid



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA  
Departamento de Sociología I (Cambio Social)

TESIS DOCTORAL

**Cartografías de profesionales de la medicina.  
Conversaciones con médicas-os latinoamericanas-os desde España**

Doctoranda  
**María Cristina Romero Rodríguez**

Director  
**Manuel Eliécer Espinel Vallejo**

Madrid, 2015



*A María Gladys, mi madre, y a Pedro José, mi padre,  
cómplices permanentes de viaje  
que me conocen y me aman  
tal y como soy...*



# Índice

AGRADECIMIENTOS.....	XI
RESUMEN .....	XIII
SUMMARY.....	XVII
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAJA DE HERRAMIENTAS .....</b>	<b>9</b>
1. DECISIONES METODOLÓGICAS .....	11
Interpretación desde la colonialidad y la interseccionalidad .....	11
Conversaciones con las-os médicas-os como consultores .....	24
Breves anotaciones sobre el proceso de lectura y escritura .....	29
<b>PROFESIONES, MEDICINA Y MOVILIDAD.....</b>	<b>33</b>
2. PROFESIONES Y MEDICINA.....	35
<i>Profesiones como institución social de la modernidad.....</i>	<i>35</i>
Corporativismo, credencialismo y privilegios profesionales.....	36
Cambios en el ejercicio profesional .....	38
Profesionales como clase social.....	41
Movilidad social y profesiones en Latinoamérica.....	43
<i>Dinámicas contemporáneas de la medicina.....</i>	<i>47</i>
Práctica médica en los sistemas sanitarios neoliberales .....	47
Profesionalismo médico en cuestión.....	53
Profesionales médicas y medicina latinoamericana.....	59
3. MEDICINA Y MOVILIDAD .....	66
<i>Contratación internacional de médicas-os.....</i>	<i>67</i>
Implicaciones para los países proveedores.....	72
Flujos internacionales de movilidad laboral .....	76
<i>Movilidad médica de Latinoamérica hacia España.....</i>	<i>81</i>
Investigaciones cualitativas desde las migraciones.....	83
Médicas-os latinoamericanas-os con intención de ejercer en España .....	89
<b>CARTOGRAFÍAS DE MÉDICAS-OS LATINOAMERICANAS-OS .....</b>	<b>137</b>
4. CONSULTORES QUE COLABORAN EN LA INVESTIGACIÓN .....	139
Diversidad de las experiencias y los espacios habitados.....	139
Composiciones familiares y capitales heredados .....	142



5. FORMACIÓN MÉDICA COMO LUGAR COMÚN DE PARTIDA.....	153
<i>La medicina como elección profesional</i> .....	154
Proyecto familiar universitario .....	154
Motivos de elección de la carrera .....	159
Imaginario sobre la profesión .....	163
<i>Vida universitaria</i> .....	167
Selección de la institución universitaria.....	167
Estructura de la carrera .....	171
Exigencia académica .....	173
<i>Práctica hospitalaria</i> .....	177
Periodos de formación .....	177
Relación médica-o/paciente .....	181
Estructuras jerárquicas.....	184
Guardias hospitalarias.....	188
<i>Servicio social obligatorio</i> .....	189
6. TRAYECTORIAS LABORALES TRANSITADAS EN LA MEDICINA .....	196
<i>Escenario Uno: Médicas-os generales</i> .....	197
Médicas-os generales en Latinoamérica y en España .....	197
<i>Escenario Dos: Médicas-os residentes</i> .....	204
Médicas-os generales en Latinoamérica y en el MIR de España.....	204
<i>Escenario Tres: Médicas-os con especialidad</i> .....	216
Especialistas formadas-os en España .....	216
Especialistas en Latinoamérica .....	227
Segunda especialidad y/o máster en España.....	233
Especialistas en Latinoamérica y en España.....	240
7. FACTORES ENTRETEJIDOS QUE CONFIGURAN LOS ITINERARIOS.....	248
<i>Familias como posibilidades, y a la vez, imposibilidades</i> .....	249
Capitales familiares como posibilidades.....	249
Tiempos, parejas e hijas-os como imposibilidades .....	257
<i>Posiciones y relaciones en la práctica médica</i> .....	265
Especialidades como distinción profesional .....	265
Cargos, espacios y ejercicios de(l) poder.....	273
Relaciones entre colegas y con pacientes.....	278
Redes como denso entramado profesional .....	289
<i>Práctica médica en los sistemas sanitarios neoliberales</i> .....	293
Profesionalismo médico en los SSN.....	293
Dinámicas de los mercados médicos neoliberalizados.....	303
<i>Entre varias aguas: sentires entrecruzados</i> .....	316
Formas de estar cosmopolitas, transnacionales y multiterritoriales .....	317
Reconocimiento de la herencia y herida de la colonialidad .....	328
CONCLUSIONES.....	337
CONCLUSIONS.....	347
BIBLIOGRAFÍA .....	357
ANEXO .....	371
<i>Abreviaturas Análisis Cuantitativo</i> .....	371

## Lista de figuras, mapas y fotografías

Mapa 1. Densidad de población mundial, 2011 .....	16
Figura 1. Utilización de SONAL para el análisis de los relatos.....	29
Mapa 2. Países del mundo por densidad de médicas-os por mil habitantes, 2005 a 2012 .....	77
Mapa 3. Homologaciones y reconocimientos medicina por país, 1987 – 2012.....	99
Mapa 4. Plazas MIR adjudicadas a países diferentes a España, 1987 – 2012.....	115
Fotografía 1. Miembros del FPME, 2014.....	121
Mapa 5. HOM y REC de especialidades por país, 1987 – 2012 .....	127
Mapa 6. Clasificación por IDH Latinoamérica y España, 2012.....	141

## Lista de gráficas

Gráfica 1. Regiones de origen de médicas-os extranjeras-os residiendo en la OCDE, año 2000..	78
Gráfica 2. Médicas-os de España residiendo en países de la OCDE, año 2001 .....	79
Gráfica 3. Totales MED, plazas MIR adjudicadas y ESP, 1987 – 2012.....	94
Gráfica 4. Titulaciones, homologaciones y reconocimientos medicina por año, 1987 – 2012.....	96
Gráfica 5. Participación titulaciones, homologaciones y reconocimientos medicina por año, 1987 – 2012.....	96
Gráfica 6. Homologaciones y reconocimientos medicina por región, 1987 – 2012.....	97
Gráfica 7. BG títulos medicina y homologaciones medicina RM y LAM, 1987 – 2012 .....	98
Gráfica 8. HOM y REC medicina UE/EEE por país, 1987 – 2012.....	100
Gráfica 9. Titulaciones y homologaciones medicina LAM por año, 1987 – 2012.....	100
Gráfica 10. Homologaciones medicina Latinoamérica por país y año, 1987 – 2009.....	101
Gráfica 11. MED y plazas MIR adjudicadas por año, 1987 – 2012 .....	109
Gráfica 12. Plazas MIR adjudicadas por región, 1987/88 – 2012/13.....	110
Gráfica 13. Tendencia BG plazas MIR adjudicadas por regiones, 1987 – 2012 .....	112
Gráfica 14. HOM y REC MED UE/EEE y plazas MIR UE/EEE por país, 1987 – 2012 .....	116
Gráfica 15. HOM MED LAM y plazas MIR adj. LAM por año y BG, 1987 – 2012 .....	116
Gráfica 16. Homologaciones medicina LAM y plazas MIR adjudicadas LAM por país, 1987 – 2012.....	117
Gráfica 17. MED, plazas MIR adjudicadas y ESP por año y BG, 1987 – 2012.....	120
Gráfica 18. Total ESP, TIT, HOM y REC por año, 1987 – 2012.....	122
Gráfica 19. Total ESP, TIT, HOM y REC por año, 1987 – 2012.....	123
Gráfica 20. HOM y REC especialidades por año, 1987 – 2012 .....	123
Gráfica 21. Tendencia TIT y BG HOM y REC especialidades por regiones, 1987 – 2012.....	124
Gráfica 22. HOM y BG de MED y ESP países RM por año, 1987 – 2012.....	128
Gráfica 23. HOM y REC medicina y especialistas UE/EEE por país, 1987 – 2012 .....	128
Gráfica 24. HOM medicina y especialistas LAM por año y BG, 1987 – 2012.....	129
Gráfica 25. MIR y HOM medicina y especialistas LAM por país, 1987 – 2012.....	130
Gráfica 26. HOM especialistas LAM por seis primeros países, 1987 – 2012.....	131

## Lista de tablas

Tabla 1. Comparación de algunos indicadores sociales, 2011.....	17
Tabla 2. Porcentaje de médicas sobre el total de personal médico .....	60
Tabla 3. Distribución fuerza laboral médica en la región OCDE .....	69
Tabla 4. Porcentaje fuerza médica extranjera por país OCDE.....	70
Tabla 5. Países de origen por tasa de expatriación (20 primeros), año 2000 .....	81
Tabla 6. España y países de Latinoamérica por densidad de médicas-os por mil habitantes.....	82
Tabla 7. Investigaciones comparativas España y Portugal.....	83
Tabla 8. Investigaciones sobre médicas-os latinoamericanas-os en España.....	84
Tabla 9. Fuentes análisis cuantitativo .....	92
Tabla 10. BG homologaciones medicina LAM por país, 1987 – 2012 .....	102
Tabla 11. Homologaciones medicina LAM por tipo universidad, 1990 – 2012 .....	103
Tabla 12. Médicas-os extranjeras-os colegiadas-os en Almería, Ávila y Segovia, 1987 – 2009.	105
Tabla 13. Plazas MIR adjudicadas por CCAA y género, 1987 – 2012 .....	111
Tabla 14. BG Plazas MIR adjudicadas por especialidad y región, 1987 – 2012 .....	114
Tabla 15. BG plazas MIR asignadas LAM por país, 1987 – 2012 .....	118
Tabla 16. BG especialidades por LAM, MIR y TIT, 1987 – 2012.....	125
Tabla 17. BG homologaciones especialista LAM por país, 1987 – 2009.....	132
Tabla 18. Propuesta clasificación IDH Latinoamérica y España, 2012.....	141
Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación.....	144
Tabla 20. Médicas-os que colaboran en la investigación por quinquenio de inicio y terminación de la carrera .....	153
Tabla 21. Escenario Uno: Médicas-os Generales (Trayectoria 1).....	198
Tabla 22. Escenario Dos: Médicas-os Residentes (Trayectoria 2) .....	204
Tabla 23. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 3).....	217
Tabla 24. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 4).....	228
Tabla 25. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 5).....	233
Tabla 26. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 6).....	240
Tabla 27. Trayectorias educativas y laborales .....	304

## Abreviaturas

<b>ACP</b>	American College of Physicians
<b>CA</b>	Comunidad Autónoma
<b>CE</b>	Comisión Europea
<b>DEA</b>	Diploma de Estudios Avanzados
<b>EOHSP<sup>1</sup></b>	European Observatory on Health Systems and Policies
<b>FPME</b>	Foro de la Profesión Médica de España
<b>ICOMEN</b>	Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid
<b>IDH</b>	Índice de Desarrollo Humano
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>MECD</b>	Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
<b>MIR</b>	Médico Interno Residente
<b>MSSSI</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<b>OCDE<sup>2</sup></b>	Organización de Comercio y Desarrollo Económico
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OMC</b>	Organización Médica Colegial de España
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PDF</b>	Portable Document Format
<b>SSN</b>	Sistemas Sanitarios Neoliberales
<b>UE/EEE<sup>3</sup></b>	Unión Europea, Espacio Económico Europeo y Suiza
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme
<b>UPGC</b>	Universidad de las Palmas de Gran Canaria

---

<sup>1</sup> Agencia conformada en el 2006, por la Organización Mundial de la Salud – Oficina Regional para Europa; los Gobiernos de Bélgica, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Eslovenia, España, Suecia, y la Región del Véneto en Italia; la Comisión Europea; el Banco Europeo de Inversiones; el Banco Mundial; UNCAM (Unión Nacional de Fondos de Seguros de Salud de Francia); la London School of Economics & Political Science (LSE); y, la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM).

<sup>2</sup> Países miembros de la OCDE en 2010, fecha de los informes consultados: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Corea, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Eslovaca, República Checa, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía.

<sup>3</sup> La región UE/EEE para el 2014 comprende los 28 países miembros de la Unión Europea (Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumania y Suecia), los tres países del Espacio Económico Europeo (Islandia, Noruega y Liechtenstein) y Suiza.



## Agradecimientos

Realizar un doctorado es un proyecto académico complejo desde cualquier punto de vista. Sin embargo, conlleva una particular dificultad si se hace en el extranjero, a nueve mil kilómetros de la familia, sin beca, y sin mayores recursos financieros propios. En este escenario el hecho de doctorarme, representa el triunfo colectivo de mucha gente que colaboró constantemente en pos de este objetivo profesional.

Nada de esto hubiera sucedido sin la insistencia de Javier, mi amigo de infancia, para que viniera a estudiar a España. Él no solo tramitó mi inscripción mientras yo aún estaba en Colombia, sino que ya en Madrid me acogió en su casa e hizo mío su mayor tesoro, su red de amigas-os. No obstante, es mi padre, Pedro José, y mi madre, María Gladys, las-os que posibilitaron el que este proyecto se hiciera realidad. No tengo cómo agradecerles todo el fervor con el que me han cuidado, y el apoyo que siempre me han brindado en las metas que me he empeñado en alcanzar. Quiero agradecer también a mi familia por los soportes emocionales, económicos, y legales que me han ofrecido. A mi hermano Pedro y a mi hermana Olga, sin duda los mejores presentes que me han dado mi padre y mi madre. A la gran cantidad de tías-os y primas-os que me acompañan siempre, en especial a mis tíos Wilson y Rafael, y a mis tías Yolanda, Dorita, Teresa, Marta y Luz Marina. Y a Estrellita, Fernando y María, mi entrañable y solidaria familia gallega.

Debo hacer una mención especial de reconocimiento al extinto sistema de educación pública de España, en el que solo bastaron mil cuatrocientos euros para cubrir las matrículas de los años de estudios de doctorado. Mi más sincero agradecimiento a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid por el conocimiento, trabajo y cariño compartidos. A Carlos Prieto, Marcial Romero, Marisa Revilla, Ramón Ramos e Inés Alberdi del Departamento de Sociología I. A Cecilia Castaño y Juan Martín del Departamento de Economía Aplicada V. A Amparo Serrano, Eduardo Crespo y Concha Fernández del Departamento de Psicología Social. A Mario Domínguez-Pinilla y Elena Casado del Departamento de Sociología V. A los grupos de investigación EGECO y GRESCO, al Observatorio e-Igualdad y al Instituto TRANSOC. A las-os estudiantes y profesores de la Licenciatura de Antropología, con las-os que disfruté como nunca el volver a ser alumna de pregrado. Por último, al personal administrativo, en especial a Amparo Ballesteros, por su constante paciencia y afecto.

En el marco de este trabajo de investigación, quiero dar las gracias a Manuel Espinel, mi director de tesis, quien ha sido un amigo y médico de cabecera. A las-os treinta y seis profesionales de la medicina latinoamericanas-os que con disposición y generosidad compartieron sus experiencias de vida y reflexiones, en el poco tiempo libre del que en realidad disponen. A las-os funcionarias-os de los ministerios de Sanidad y Educación de España, por la diligencia con la que colaboraron en la generación de la información para el análisis cuantitativo. Al Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES) del Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) en Portugal, donde realicé mi estancia de investigación, en especial a Luis Fernando Machado, Beatriz Padilla, Erika Masanet y Neide Jorge. A las bibliotecas Nacional de España, Museo Reina Sofía y Pías de la UNED, donde pasé largos días de intenso trabajo. Gracias a Inesita y a Jose por la generosidad en los precios especiales de sus comidas.

Quiero agradecer a mis amigas-os, que junto a mis familias y carrera profesional dan sentido a mi vida. A María Ximena, cómplice y bruja sanadora desde siempre. A mis amigas Lauracalle, Leticia, Laura, María y Paloma, con las que comparto la mirada latinoamericana de las ciencias sociales, así como las vicisitudes y satisfacciones de realizar un doctorado en el extranjero. A Lidia y Luis, Jesús, Lola y Pili, y Maripaz y Gema, por los momentos vividos compartiendo 'hogar'. A mis amigas Cris, Consuelo, Concha, Érica y Ariadna. A Manuela, Marisa, Eva, Mario, Concha, Maribel y Carolina por el apoyo en los momentos emocionales más difíciles de estos años. A mis amigas-os feministas, en especial a Leti, Alex, Vale y Lolli del colectivo Migrantes Transgresorxs y, en general, a los movimientos feministas y LGTBI de Madrid. A Mario en Lisboa y a la 'casa de meninas' de Salomé, Cris, Mira y Niki en Amadora, quienes hicieron de Portugal mi segunda casa en Europa. A Yaiant por el tiempo invertido en los reconocimientos. A Curro y Claudia por los comentarios, a Gerardo por la portada, y a Valentina por la traducción. Y a mis amigas-os María Paola, Miriam, Heberto, Adriana, Beto, Rafa y Ger, por el cariño y apoyo permanente desde la distancia.

Finalmente, gracias a ti *Tanita*, por sostenerme en estos años de aventuras a tope, sobre todo en los meses más difíciles, los últimos. Sin tu alegría, sabiduría y tenacidad nunca hubiera podido terminar este documento. Para ti... mi eterno cuidado, amor y gratitud.

## Resumen

### **Cartografías de profesionales de la medicina. Conversaciones con médicas-os latinoamericanas-os desde España**

**Palabras claves:** *profesiones, medicina, migraciones, modernidad/colonialidad, Latinoamérica*

En el marco teórico de los estudios de las profesiones, la pregunta central de esta tesis doctoral es comprender desde el punto de vista de las/os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en España ejerciendo la medicina, los factores y relaciones sociales que configuran sus experiencias e itinerarios en la profesión médica. Con este fin se plantean como objetivos: i) tipificar y describir las trayectorias educativas y profesionales transitadas en la profesión por las/os médicas-os de Latinoamérica que residen y ejercen legalmente su profesión en España; ii), analizar los factores que han configurado los itinerarios que conforman las cartografías en la profesión médica; y iii), conocer los significados y representaciones que sobre sus propias prácticas y experiencias, emergen desde los itinerarios recorridos en la medicina en contextos neoliberales y de movilidad laboral internacional. Asimismo, se espera que esta tesis doctoral contribuya a la comprensión de los procesos contemporáneos de clasificación y jerarquización social, -en tanto enclasmamiento, racialización y generización-, de las clases profesionales latinoamericanas de alto estatus social y económico con movilidad internacional, a través de las experiencias y reflexiones de las/os médicas-os latinoamericanas-os que ejercen su profesión en España.

Para dar respuesta a las cuestiones a ser indagadas, los aspectos metodológicos de la investigación se fundamentan en tres pilares primordialmente. Por una parte, se retoma la importancia del análisis estructural como marco en el que son configurados los itinerarios en la profesión médica. En este sentido, se asume la propuesta del sistema-mundo moderno/colonial como marco estructural, ya que problematiza históricamente las relaciones entre Latinoamérica y Euro-Norteamérica desde una perspectiva teórica latinoamericanista. De otra parte, y una vez definida la estructura social por la cual los itinerarios transitan, el análisis relacional de las experiencias y reflexiones de las/os médicas-os se realiza



desde el enfoque interseccional, que hace visible para cada situación temática que emerge de las conversaciones los privilegios y discriminaciones en las trayectorias educativas y laborales, otorgados por el entramado de categorías de clasificación y jerarquización social de clase, raza y género, entre otras. Por último, la investigación tiene un carácter biográfico que confiere la centralidad a las experiencias de los relatos de vida como fuente de comprensión. De esta manera, las-os treinta y seis médicas-os que colaboran en esta tesis, asumen más un rol de consultores y co-teorizadores que de sujeto/objeto de estudio.

A partir de las conversaciones con las-os médicas-os latinoamericanas-os, los resultados de la investigación están relacionados con la comprensión de las trayectorias educativas y laborales de estas-os profesionales. En cuanto al periodo de formación académica, para las familias el proyecto universitario de las-os hijas-os es central y asignan todos los capitales disponibles para el logro de la meta universitaria. En el caso de la elección de la medicina como carrera profesional, en la diversidad de motivos no se encuentran diferencias significativas por género, aunque sí se presenta un proceso de cribado social que solo permite la matrícula a una minoría con excelencia académica determinada por clase, género y raza. Si bien por efectos de la colonialidad del saber la carrera está estructurada de acuerdo a las escuelas de Euro-Norteamérica, la formación latinoamericana se distingue por su alto contenido práctico que permite ejercer la medicina general de forma autónoma y sin mayor tecnología, tan pronto se culmina la universidad. Asimismo, para la mayoría de países de la región es obligatoria la prestación de un tiempo de ejercicio médico remunerado en zonas rurales principalmente. Una vez iniciadas las trayectorias laborales, éstas se tipifican de acuerdo a la acumulación de credenciales obtenidas en los diferentes sistemas sanitarios, y abarcan desde el inicio del ejercicio de la medicina hasta un presente compartido en España. De esta forma, son definidos tres escenarios que están constituidos por una o varias trayectorias. El primero de ellos, “Médicas-os generales”, está conformado por las-os profesionales con el título en medicina acreditado tanto en Latinoamérica como en España. En el segundo escenario, “Médicas-os residentes”, están las-os médicas-os que actualmente se están especializando en el sistema MIR español. Y en el tercer escenario, “Médicas-os con especialidad”, se encuentran cuatro trayectorias que comprenden las-os especialistas que se han formado en España; las-os que solo tienen el título obtenido en Latinoamérica; aquellas-os que están realizando la segunda especialidad en España; y, las-os que tienen su título de Latinoamérica homologado en este país europeo.

Con base en las experiencias y reflexiones generadas, se puede concluir que los itinerarios en la medicina son posibilitados por los capitales familiares y por una densa red de relaciones personales e institucionales

tejida en torno a la profesión, que en espacios de movilidad laboral internacional, moldean formas de estar cosmopolitas, transnacionales y multiterritoriales. No obstante, a la luz de esta generalización sociológica las posiciones en el campo de la profesión médica difieren de acuerdo al entramado de categorías de clasificación y jerarquización social en marcos estructurales. Uno de los factores que configura los itinerarios es la familia en tanto posibilidad para la formación médica, pero a la vez, como imposibilidad para el ejercicio de una medicina competitiva cuando se tienen hijas-os. Asimismo, las posiciones y relaciones en la práctica médica dadas por la especialidad como distinción profesional, los cargos, espacios y ejercicios de poder, así como por las relaciones entre colegas y pacientes definen procesos de segregación horizontal y vertical, así como espacios de alteridades en los cuales 'lo otro' ubica en posiciones de menor poder. De otra parte, el ejercicio en los sistemas sanitarios gobernados bajo la lógica de las políticas neoliberales cuestiona el profesionalismo médico tradicional, y configura periodos de cierre y apertura en la concesión de credenciales para el ejercicio médico. Adicionalmente, la práctica médica en contextos de movilidad internacional, de un lado, robustece aún más las densas redes construidas a lo largo de las biografías en torno a la medicina, y de otro, moldea subjetividades que permiten vivir entremedias en los territorios en los que se ha ejercido la medicina.



## Summary

### **Cartographies of medical professionals. Conversations from Spain with Latin American doctors**

**Key words:** *professions, medicine, migrations, modernity/coloniality, Latin America*

In the theoretical framework of the studies of the professions, the central question of this thesis is to understand from the point of view of the Latin American doctors who are in Spain working in the medicine sector, the social factors and social relationships that shape their experiences and itineraries in the medical profession. With this purpose the following objectives are proposed: i) classify and describe the educational and career paths within the profession for the Latin American doctors legally residing and practicing in Spain; ii) analyze the factors that have shaped the cartographies in the medical profession; y iii) studying the meanings and representations on their own practices and experiences that emerge from the trajectories within the medicine in neoliberal and international labor mobility contexts. It is also expected that this dissertation contributes to the understanding of contemporary processes of classification and social hierarchization -as classing, racialization and genderization- of Latin American professional classes with high social and economic status end international mobility experiences, through the experiences and reflections of Latin American doctors practicing in Spain.

In order to answer such questions, the methodological approach of the research is based primarily on three pillars. The first one is the importance of structural analysis as a framework in which the itineraries are shaped in the medical profession. In this regard, we adopt the proposal of the modern/colonial world-system as a structural framework, since it problematizes the relations between Latin America and Euro-North America from a Latin Americanist theoretical perspective. Second, and once defined the social structure that guide the transit of the different personal trajectories, the relational analysis of the experiences and reflections of doctors is made from a intersectional approach. Such approach makes visible for each thematic situation emerging from the conversations, the privileges and discrimination in education and employment records, given by the intermeshed of classification categories and social hierarchization of

class, race and gender, among others. Third, the research has a biographical character that gives centrality to the experiences of life narratives as a source of understanding. Thus, the thirty-six doctors who cooperated in this thesis assume more the role of consultants and co-theorists than subject/object of study.

Based on the conversations with the Latin American doctors, the results of the research are related to the understanding of the educational and career paths of these professionals. As for the period of academic training, for the families the university project of the children is central and they allocate all funds available to achieve the target. In the case of choosing medicine as a career, in the diversity of reasons no significant gender differences were found, although a process of social selection only allows registration to a minority with certain academic excellence determined by class, gender and race. Even if for the purposes of the coloniality of knowledge the university is structured according to Euro-North American schools, Latin American training is different because of its high practical content that enables practicing general medicine autonomously and without much technology, as soon as the university training is over. Additionally, for most countries in the region it is mandatory the provision of a paid medical practice mainly in rural areas. Once started the labor paths, these are classified according to the accumulation of credentials earned in different health systems, and they range from the beginning of the practice of medicine to a present shared in Spain. Thus, three scenarios are defined and they are constituted by one or more paths. The first one, "General practitioners", is composed of professionals with medical degree accredited in both Latin America and Spain. In the second scenario, "Residents Doctors" we can find those doctors who are currently specializing in the Spanish MIR system. And in the third scenario, "Doctors with specialty", there are four trajectories comprising specialists who have been trained in Spain; people who only have the title obtained in Latin America; those who are studying the second specialty in Spain; and those who have the title of Latin America recognized in this European country.

We can conclude that the itineraries in medicine are made possible by family capitals and a dense network of personal and institutional relations woven around the profession. Such trajectories, in spaces international labor mobility, shape cosmopolitan, transnational and multi-territorial ways of being. However, in light of this sociological generalization, the positions in the field of medical profession differ according to the interweaved of classification and hierarchization social categories in structural frameworks. One factor that shapes the trajectory is family as possibility for the medical training, but, at the same time, as impossibility of exercising a competitive medicine when there are children. In addition, the positions and the relationships in medical practice provided by the specialty

as professional distinction, post, space and power exercise, as well as relations between colleagues and patients, define processes of horizontal and vertical segregation, as well as spaces of otherness in which 'the other' is located in positions of less power. On the other hand, working in health systems governed by the logic of neoliberal policies, questions the traditional medical professionalism, and set opening and closing periods in granting credentials for medical practice. Additionally, the medical practice in the context of international mobility strengthens the dense networks built along the medical biographies, moreover it shapes subjectivities that allow to live to living in between the territories in which the medicine was practiced.



## Introducción

El interés por el tema de esta investigación se origina en el primer año de doctorado, mientras cursaba los seminarios y al mismo tiempo, estaba como becaria en un grupo de investigación de esta universidad. En ese entonces, justo a mi llegada a Madrid, tuve la oportunidad de compartir apartamento con tres mujeres latinoamericanas<sup>4</sup>. En un principio parecía que nuestra condición de inmigrantes latinas, hacía que nuestra vida en España fuera muy similar. Sin embargo, a medida que pasaban los meses evidenciaba como se abría una enorme brecha entre la cotidianidad de la vida de ellas en sus trabajos no cualificados, y la mía en torno a mi doctorado y actividades en la facultad. Si bien mis compañeras llevaban más años viviendo en España y muy probablemente ganaban bastante más dinero que yo, a ellas por ejemplo, les era mucho más difícil la relación con las instituciones del Estado, las redes que establecían no les permitían contactar con trabajos más cualificados, tenían muy pocas/os amigas/os españoles<sup>5</sup>, o no disfrutaban de la oferta cultural y de ocio de la ciudad, entre otras cosas. Es decir, desde mi punto de vista, a ellas les era más complicada y menos satisfactoria la experiencia de vivir en España que a mí. Asimismo, en ese primer año, conocí a través de una compañera de doctorado al que hoy en día es mi director de tesis, quien investigaba sobre el sistema sanitario de España, el mercado médico laboral, y la participación en éste de las/os profesionales latinoamericanas/os de la medicina. Aunque en un comienzo no encontré una especial motivación, a medida que avanzaban las reuniones de acercamiento al tema y las lecturas, iba entendiendo que era la oportunidad para profundizar en lo que podría diferenciar mi experiencia de la de mis compañeras de piso: al emigrar desde Latinoamérica, ellas no habían logrado ejercer su profesión en España y por el contrario yo sí.

---

<sup>4</sup> En el marco de este trabajo de investigación Latinoamérica está definida como el área sociocultural y geográfica conformada por los países de Suramérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela), Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), y el Caribe (Puerto Rico, Cuba y República Dominicana). México se asume culturalmente como un país de Latinoamérica y no de la región de Norteamérica.

<sup>5</sup> Se propone un marcador de género en el cual las terminaciones “es” y “as-os” incluyen todos los géneros e identidades/orientaciones sexuales (españoles, las-os, autores, médicas-os), la terminación “as” hace referencia a las mujeres de cualquier identidad/orientación sexual (médicas), y la terminación “os”, a los hombres de cualquier identidad/orientación sexual (médicos).



Con la idea inicial de indagar por la experiencia migratoria del grupo social conformado por las-os médicas-os latinoamericanas-os en España, se realizaron algunas conversaciones de exploración con médicas-os de diferente especialidad, género, edad y país de nacimiento. A partir de las experiencias relatadas, la dimensión que las narrativas alcanzaron desbordó la inquietud primera por la migración de las-os médicas-os latinoamericanas-os a España, desplazando la mirada de las migraciones hacia los estudios de las profesiones. Si bien la perspectiva inicial estaba planteada desde los estudios de las migraciones, al conversar con las-os médicas-os el periodo correspondiente a la estancia en España era solo una parte de sus biografías, y por el contrario, la formación y ejercicio de la medicina como profesión en diferentes contextos geográficos, retomaba la centralidad en sus relatos. Esta nueva dimensión ofrece otras posibilidades de explicar y configurar el campo de lo que significan las experiencias y representaciones en la medicina de estas personas, profesión que a su vez es en gran medida el motivo por el que comparten un presente en España. Justamente, en este presente compartido, desde las reflexiones de las-os médicas-os se produce un nuevo desbordamiento. Esta vez lo que es España como país de destino estructural de las migraciones latinoamericanas, es resignificado como lugar geográfico desde el cual es factible cartografiar Latinoamérica. Es decir, a la vez que se indaga por el ejercicio de las-os médicas-os en este país como parte de sus trayectorias en la profesión, la diversidad de nacionalidades de América Latina que se concentran en España hace viable ampliar el foco investigativo a la formación y ejercicio de la medicina en la región latinoamericana.

Ahora bien, es en este nuevo espacio moldeado, por una parte, por los desplazamientos de la mirada hacia las profesiones y hacia Latinoamérica, y de otra, por la inquietud emocional sobre mi propio itinerario como profesional en el extranjero, proyectada en la medicina como profesión paradigmática, que emerge la pregunta que guía este trabajo doctoral. Desde este sitio, los intereses investigativos giran en torno a comprender desde el punto de vista de las-os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en España ejerciendo la medicina, los factores y relaciones sociales que configuran<sup>6</sup> sus experiencias e itinerarios<sup>7</sup> en la profesión médica. A partir de esta pregunta principal, surgen otras cuestiones a ser

---

<sup>6</sup> Estas 'configuraciones' como eje analítico central de la pregunta de investigación parten del sentido dado por Bhavnani (en Yuval-Davis, 2013) quien propone utilizar este término como una metáfora alternativa a la interseccionalidad, en un intento por enfatizar los hilos fluidamente entrelazados que la constituyen.

<sup>7</sup> Los itinerarios en la profesión médica, en el marco de esta investigación, están definidos por dos trayectorias de las múltiples que conforman las biografías de las-os médicas-os latinoamericanas-os que colaboran con esta investigación. La primera de ellas es la trayectoria educativa que incluye la formación secundaria y universitaria. La segunda, corresponde a la trayectoria profesional que abarca la realización de la especialización médica, así como las diferentes experiencias de práctica profesional en los mercados médicos laborales tanto nacionales como internacionales.

indagadas que pueden aportar a la comprensión de las dinámicas sociales contemporáneas de las-os médicas-os latinoamericanas-os con movilidad internacional: ¿cómo operan las interseccionalidades de género, clase y raza en la configuración de los itinerarios de los médicos-os, en relación a los privilegios y discriminaciones que experimentan a lo largo de sus biografías?, ¿cómo son los procesos que intervienen en la obtención de las credenciales necesarias para la movilidad internacional, así como la práctica de la medicina en contextos neoliberales<sup>8</sup>?, ¿cómo se experimenta la construcción de alteridades en los itinerarios en la medicina?, ¿qué subjetividades son moldeadas por las estructuras de clase, género y raza en las que los itinerarios en la medicina son transitados?

Con el fin de dar respuesta a las preguntas de investigación se plantean los siguientes objetivos. Primero, tipificar y describir las trayectorias educativas y profesionales transitadas en la profesión por las-os médicas-os de Latinoamérica que residen y ejercen legalmente su profesión en España; segundo, analizar los factores que han configurado los itinerarios que conforman las cartografías en la profesión médica; y tercero, conocer los significados y representaciones que sobre sus propias prácticas y experiencias, emergen desde los itinerarios recorridos en la medicina en contextos neoliberales y de movilidad laboral internacional. Adicionalmente, se espera que esta tesis doctoral contribuya a la comprensión de los procesos contemporáneos de clasificación y jerarquización social, -en tanto enclasmiento, racialización y generización-, de las clases profesionales latinoamericanas de alto estatus social y económico con movilidad internacional, a través de las experiencias y reflexiones de las-os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en un presente común en España.

En este marco de investigación, el texto que presenta este trabajo académico se estructura en tres partes. En la primera de ellas, “Caja de herramientas” (capítulo 1), se exponen los enfoques metodológicos desde los cuales es abordada esta tesis. Por una parte, se retoma la importancia del análisis estructural como marco en el que son configurados los itinerarios en la medicina. En este sentido, de las propuestas conceptualizadas por las ciencias sociales, se elige la del sistema-mundo

---

<sup>8</sup> Se entiende como contextos neoliberales en las sociedades occidentales contemporáneas de América y Europa, a la ejecución de los programas de ajuste y reforma estructural neoliberal bajo los principios del mercado en su definición neoclásica. En estos programas, diseñados desde los organismos multilaterales, el Estado debe tener una intervención mínima y si la tiene, debe ser lo más próxima a los principios neoliberales. Desde esta lógica se derivan varias políticas, de las que se destacan las siguientes: desregularización, privatización, externalización, disciplina fiscal, flexibilización y financiarización (Giraldo, 2005). Políticas globales que se han implementado en cada país con diferencias en cuanto a intensidad y tiempos, desde la década de los ochenta del siglo XX hasta hoy, y que afectan la economía, el mercado laboral y los servicios sociales, entre muchos otros ámbitos de la organización social contemporánea.

moderno/colonial como marco estructural, ya que planeta las relaciones históricas y contemporáneas entre Latinoamérica y Euro-Norteamérica desde un punto de vista latinoamericanista. Una vez definida la estructura social por la cual los itinerarios en la profesión médica transitan, se considera que el enfoque interseccional como método de análisis de las experiencias y reflexiones de las-os médicas-os, visibiliza para cada situación temática que emerge de las conversaciones los privilegios y discriminaciones de sus trayectorias educativas y laborales, otorgados por el entramado de categorías de clasificación y jerarquización social de clase, raza y género, principalmente. Asimismo, y dada la centralidad de los relatos biográficos de las-os médicas-os latinoamericanas-os como fuente de comprensión de las preguntas de investigación, éstas-os se desplazan de un lugar 'sujeto/objeto de estudio' a uno de 'consultores y co-teorizadores', ya que al compartir no solo sus experiencias sino también sus reflexiones sobre la medicina en contextos neoliberales y de movilidad internacional, juegan un papel de colaboradores teóricos-os. Por último, se esbozan unas breves anotaciones metodológicas sobre el proceso de lectura de documentos académicos, y sobre la escritura como espacio de reflexión.

La segunda parte, "Profesiones, medicina y movilidad", expone la perspectiva teórica desde las profesiones como institución social de la modernidad, para en este marco general analizar las especificidades de la medicina en contextos neoliberales (capítulo 2), y de movilidad internacional profundizando en los flujos de Latinoamérica hacia España (capítulo 3). El plantear el marco teórico desde los estudios sociológicos de las profesiones obedece al desplazamiento de la mirada de los estudios de las migraciones a los estudios de las profesiones originado por las conversaciones exploratorias con algunas-os médicas-os, mencionado con anterioridad. En el mismo sentido, adoptar la visión del mundo desde la epistemología de la modernidad se debe a la centralidad y ejercicio de ésta como característica que funciona como mecanismo de distinción de las clases profesionales. De esta forma, se enfatiza en la teorización académica de las profesiones y la medicina desde Euro-Norteamérica, para luego analizar la forma en que es experimentada en Latinoamérica a la luz de la colonialidad. En este orden de ideas, el marco teórico retoma de las profesiones en general las características constitutivas concernientes con el monopolio corporativista, el credencialismo, y los privilegios socioeconómicos. Con base en estos elementos, son abordadas las transformaciones del ejercicio profesional en el siglo XX hasta el contexto actual de práctica neoliberal. Para, finalmente, plantear la conceptualización de una nueva clase de servicios conformada por profesionales, y sus efectos en cuanto a la movilidad social ascendente obtenida a través de los títulos profesionales, específicamente el acceso a este proceso por parte de los grupos subalternizados del sistema-mundo colonial/moderno en Latinoamérica.

Teniendo en cuenta que la medicina como profesión paradigmática de estudio sociológico comparte los anteriores aspectos con las profesiones en general, el interés ahora gira en torno al ejercicio de la profesión médica en los sistemas sanitarios neoliberales -SSN-. Esta propuesta de 'Sistemas Sanitarios Neoliberales' -SSN- hace referencia a un conjunto de políticas globales de carácter neoliberal aplicadas por instituciones internacionales y nacionales, a los sistemas y servicios de salud de las sociedades occidentalizadas de América y Europa, desde la década de los ochenta del siglo XX hasta hoy. No obstante, este proceso de implementación de políticas tales como privatizaciones, disminución de protecciones sociales, desregularización financiera, y flexibilización laboral de los sistemas sanitarios, entre otras, está caracterizado por los ritmos y estrategias dispares de ejecución en cada país, lo que genera a su vez, diferencias en el impacto social para la población y la forma como la gente se manifiesta ante estas políticas en cada nación. En el marco de los SSN, se centra la mirada en algunas dinámicas de la profesión médica de las que se quiere hacer relevancia. Por una parte, se expone la transformación de la práctica médica en este contexto neoliberal, que ha puesto en cuestión el ejercicio de la profesión en dimensiones tan constitutivas como el profesionalismo médico representado en el grado de confianza, la relación médica-o/paciente, y la acumulación de poder médico. Y de otra, se profundiza en cuestiones como el acceso masivo a esta profesión de las mujeres que pueden asumir los costos de la realización y ejercicio de esta carrera universitaria; así como, en las especificidades de la medicina en Latinoamérica, en tanto las representaciones que desde la región se construyen sobre la medicina social, como las prácticas tradicionales de los pueblos étnicos latinoamericanos.

Por último, se aborda la movilidad internacional de médicas-os que tradicionalmente ha caracterizado a esta profesión, haciendo énfasis en la intensificación de estos flujos como parte de la gestión del personal médico en casos de déficit de los SSN que pueden asumir el costo de la contratación extranjera. Para este fin, son analizadas las teorías que dan explicación a los flujos generados por la utilización de esta estrategia de administración de personal, la cuantificación de la movilidad con base en cifras de los organismos multilaterales, y el impacto en los países proveedores de personal médico. En este contexto de flujos internacionales, se profundiza en la movilidad médica de Latinoamérica hacia España. Para este fin, por una parte, son reseñadas las investigaciones realizadas sobre médicas-os latinoamericanas-os en España, las cuales analizan cualitativamente y desde las migraciones, el tramo correspondiente a este país europeo en cuanto a los motivos de la emigración, las barreras en el proyecto migratorio, los procesos de integración socioprofesional, la valoración de la experiencia migratoria, las estrategias frente a la crisis, y el proyecto de retorno a Latinoamérica. Y de otra parte, ante la ausencia de cifras sobre la movilidad

de médicas-os latinoamericanas-os y siguiendo nuevamente el desplazamiento de la mirada de España no solo como país de destino sino como lugar desde el cual cartografiar Latinoamérica, es esbozado un perfil cuantitativo inédito de las-os profesionales que en América Latina tienen la intención de ejercer su profesión en España. Intención que es interpretada en el marco de este trabajo, a la luz de la realización de los trámites de las acreditaciones de su formación médica y/o especialista, y la correspondiente concesión de las mismas por parte de las instituciones españolas responsables.

Una vez se han expuesto las dimensiones estructurales y de contexto en las cuales se configuran las experiencias y reflexiones en la medicina, la última parte “Cartografías de médicas-os latinoamericanas-os”, introduce a las-os médicas-os de América Latina que colaboran como consultores y co-teorizadores en esta investigación (capítulo 4), para luego con ellas-os transitar sus trayectorias educativas (capítulo 5) y laborales (capítulo 6), desde las que emergen desde España como lugar en el que coinciden hoy en día en el ejercicio de la medicina, reflexiones entrecruzadas sobre las experiencias vividas en la profesión médica (capítulo 7). Dado el carácter biográfico y reflexivo de las conversaciones y a la construcción de una relación de co-teorización en la cual las-os médicas-os participan en la investigación como consultores, se presentan a profundidad y a partir de la diversidad de sus narrativas, aspectos relacionados con cada una-o de las-os colaboradores que permiten la aproximación a sus familias y a Latinoamérica, como espacios sociales que posibilitan sus itinerarios en la profesión médica, y que a la vez, definen las posiciones sociales desde las cuales expresan sus puntos de vista. Información, que junto a las condiciones estructurales planteadas, dota de sentido a los relatos que se ponen en relación mediante la descripción e interpretación sociológica.

Ahora bien, estas cartografías tienen como lugar común de partida la formación médica, para la cual se describen los motivos de elección de la medicina como profesión, así como las posteriores decisiones que hicieron realidad este proyecto universitario. En este sentido, se da especial énfasis a la práctica universitaria y a la primera experiencia laboral, de acuerdo al país, del servicio social obligatorio. A partir de la formación médica, las trayectorias profesionales recorren diversos caminos que se distinguen unos de otros, por las credenciales acumuladas a lo largo de la formación y ejercicio en la medicina. Las relaciones que se establecen entre estas credenciales dibujan seis trayectorias que se describen en tres escenarios: médicas-os generales, médicas-os residentes<sup>9</sup>, y médicas-os especialistas. Para finalmente, exponer a la luz de las reflexiones de las-os médicas-os los

---

<sup>9</sup> Las-os médicas-os residentes son aquellas-os profesionales de la medicina que están en el periodo de formación de la especialidad.

diferentes factores que configuran los itinerarios transitados en la medicina por aquellas-os profesionales de Latinoamérica que cuentan con experiencias de movilidad internacional en los SSN contemporáneos. Estos aspectos están relacionados con las familias como posibilidad para estudiar medicina, pero a la vez, como dificultad en el ejercicio médico, con las posiciones y relaciones en el mercado laboral, con la exclusividad del ejercicio médico en los SSN, así como con los sentires entrecruzados que emergen cuando se vive como profesional médica-o entre varias aguas.



## **Caja de herramientas**





## **1. Decisiones metodológicas**

A la luz de las cuestiones a ser indagadas sobre los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en España ejerciendo la medicina, este capítulo expone los enfoques metodológicos desde los cuales se aborda esta investigación. Por una parte, es retomada la importancia del análisis estructural como marco en el que son configurados los itinerarios en la profesión médica. En este sentido, se asume la propuesta del sistema-mundo moderno/colonial como marco estructural, ya que problematiza históricamente las relaciones entre Latinoamérica y Euro-Norteamérica desde una perspectiva teórica latinoamericanista. Una vez definida la estructura social por la cual los itinerarios transitan, el análisis relacional de las biografías de las-os médicas-os se realiza desde la interseccionalidad, como enfoque que hace visible para cada situación temática que emerge de las conversaciones los privilegios y discriminaciones de las trayectorias educativas y laborales, otorgados por el entramado de categorías de clasificación y jerarquización social de clase, raza y género, principalmente. De otra parte, y dada la centralidad de las experiencias y reflexiones de las-os médicas-os latinoamericanas-os como fuente de comprensión de los intereses investigativos de esta tesis, es contemplado un nuevo desplazamiento, esta vez metodológico, hacia el rol de consultores y co-teorizadores que asumen las-os médicas-os participantes. En este sentido, al compartir sus biografías y reflexiones sobre la medicina en contextos neoliberales y de movilidad internacional, juegan un papel más de colaboradores teóricos-os que de 'sujeto/objeto de estudio'. Por último, se plantean unas breves anotaciones metodológicas sobre el proceso de lectura de documentos académicos, y sobre la escritura como espacio de reflexión.

### **Interpretación desde la colonialidad y la interseccionalidad**

En primera instancia, es necesario anotar que en esta investigación se entiende por interpretación al proceso de explicar y otorgar sentido a las experiencias y reflexiones de las-os médicas-os latinoamericanas-os en cuanto a la configuración de sus itinerarios en la profesión. No obstante, esta interpretación se asume de una forma ampliada y situada. Ampliada porque atraviesa todas las fases del proceso investigativo: desde la formulación de preguntas y objetivos, la elección del marco teórico, la producción de los datos, pasando por el análisis hasta la escritura (Enguix,

2012). Y situada porque pone en evidencia el lugar desde el cual se mira la realidad, puesto que parte de la subjetividad y contexto cultural propio, es decir, de un punto de vista único como lugar reflexivo (Haraway, 1995), desde el cual se singulariza a cada investigador-a por el modo de construir el contexto que dota de significado a los datos, el modo en que describe, y de su forma de conectar realidades y contenidos (Enguix, 2012). De esta manera, el conocimiento siempre será parcial y situado, y de la suma de todas estas posibilidades reflexivas sobre el mundo que dan las posiciones particulares de las-os investigadores, las ciencias sociales se podrán acercar cada vez más a la comprensión de la realidad (Brah, 2013). El entender la interpretación de esta forma, me obliga a situarme frente a este trabajo académico. En este sentido, como doctoranda comparto con el director de tesis y las-os médicas-os que colaboran en la investigación, el pertenecer a las clases profesionales latinoamericanas con movilidad internacional y que coinciden en España ejerciendo su profesión, aunque a la vez, me distancia de ambos la brecha de estatus social y económico que separa a la medicina de la sociología. Asimismo, al compartir el punto de vista situado, mi experiencia personal entra en juego con las experiencias de las-os médicas-os y funciona como herramienta de co-reflexión y co-comprensión de la realidad, desplazando la alteridad de un lugar ‘del otras-os extrañamiento’ a un espacio ‘del nosotras-os identificación’.

Ahora bien, este proceso de colaboración interpretativa planteado para esta investigación, solo está dotado de sentido sociológico si se hace explícito el contexto sociohistórico y geopolítico en el que es producido, es decir, las estructuras sociales en las que habitamos. Con este fin, se retoma la importancia del análisis estructural porque es la estructura la que comanda la forma de las interacciones observadas en una situación en particular (Bourdieu 1972, en Baranger, 2000), en el sentido de que “la interacción misma debe su forma a las estructuras objetivas que han producido las disposiciones de los agentes en interacción, y que les asignan además sus posiciones relativas tanto en la interacción como en otras partes” (Bourdieu 1980:98 en Baranger, 2000). Si bien se reconoce la agencia individual como un elemento de las relaciones sociales, en este trabajo doctoral se privilegia como perspectiva de análisis la estructura sobre la agencia<sup>10</sup>. Asimismo, como elementos claves del análisis estructural son incorporadas categorías sociológicas como clase, género, y raza<sup>11</sup>, que no son fijas y que deben ser entendidas como construcciones sociales

---

<sup>10</sup> Se quiere evitar que los logros individuales de algunas personas subalternizadas que se presentan como movilidad ascendente dada por la agencia individual, sean pretexto para negar las diferencias estructurales originadas por categorías de clasificación y jerarquización social.

<sup>11</sup> En este trabajo no se van a utilizar comillas para designar las categorías sociológicas como ‘raza’, ‘negro’, ‘blanco’, etc., porque se considera que tanto raza, como mujer, hombre, pobre, rico, obreros, etc., son ficciones, arquetipos coloniales, construcciones sociales que corresponden solo a categorías analíticas. En este sentido, habría que ponerle o quitarle las comillas a todas, sin hacer distinción entre las categorías, o enfatizar en una de ellas.

situadas que responden a los contextos políticos de la historia de las ideas, del conocimiento institucionalizado y de las prácticas sociales (Wade, 2000), alejándose de posiciones que las asumen como categorías esencialistas de clasificación humana. A la luz del análisis estructural, estas categorías mantienen hoy en día su vigencia analítica relacionada con la visibilidad y comprensión de las profundas desigualdades sociales estructurales y simbólicas de las sociedades en las que vivimos (Gil, 2010; Wade, 1997 y Stolke, 1995 en Curiel, 2008). En este orden de ideas, de las diferentes conceptualizaciones que desde las ciencias sociales se han propuesto para explicar las estructuras sociales en las que habitamos, se considera que el sistema-mundo colonial/moderno teorizado por los estudios decoloniales, ofrece el marco estructural adecuado ya que problematiza históricamente las relaciones entre Latinoamérica y Euro-Norteamérica desde un punto de vista subalterno y latinoamericanista, poniendo en relevancia la clasificación y jerarquización social en términos raciales como eje de desigualdad constitutivo.

### *Sistema-mundo colonial/moderno como marco estructural*

En el ámbito de los estudios decoloniales, los planteamientos aquí expresados son los generados por el grupo Modernidad/Colonialidad, constituido inicialmente como un espacio de diálogo entre las teorías latinoamericanas y del Caribe sobre la colonialidad, y el sistema-mundo moderno o economía-mundo capitalista de Wallerstein (Castro-Gómez y Grosfoguel, 2007). Las principales producciones categoriales de este grupo de investigación han sido teorizadas por intelectuales de universidades de Latinoamérica y Estados Unidos, que han problematizado la modernidad y el significado de dicha experiencia desde la perspectiva de quienes la viven desde la subalternidad (Restrepo y Rojas, 2010). Es importante precisar que la interpretación de la estructura social que da contexto a esta investigación desde esta propuesta teórica, asume a las sociedades latinoamericanas tanto en su dimensión histórica y contemporánea como en las múltiples transformaciones transitadas. Tal como lo anota Gil (2010), América Latina es un sistema mixto entre modernidad y 'una cosa otra'<sup>12</sup>, una versión particular de la modernidad que ha adaptado de forma situada las dinámicas de las instituciones sociales modernas, y que para entenderlas hay que conectarlas a la historia del colonialismo. En esta perspectiva que explica la contemporaneidad en Latinoamérica, las posiciones sociales en la sociedad tienen su origen en imaginarios y jerarquías producidas a través de siglos de expansión colonial europea, que aún se mantienen vigentes en la organización de las relaciones de poder del sistema colonial/moderno,

---

<sup>12</sup> El autor utiliza 'una otra cosa' para evitar categorías como 'pre-moderno' o 'no moderno', que tiene como referencia la modernidad como definición, y que a su vez, remite a la posibilidad de la diferencia en un plano horizontal (Nota al pie de Gil, 2010)

patrón de poder mundial capitalista y patriarcal (Lugones, 2011). Según Aníbal Quijano, este sistema de poder se configura en el periodo histórico comprendido desde la conquista de América (Latina) por Europa, hasta su culminación como patrón de poder hegemónico mundial en la globalización en curso en nuestros días. El sistema colonial/moderno está organizado sobre la co-constitución de dos ejes: la colonialidad<sup>13</sup> y la modernidad. La colonialidad se funda en la imposición de la clasificación social de la población del mundo sobre la idea de ‘raza’<sup>14</sup>, clasificación que es la piedra angular de dicho patrón de poder, y que opera en cada uno de los planos, ámbitos y dimensiones, materiales y subjetivas, de la existencia cotidiana y a escala social. Clasificación que constituye las nuevas identidades sociales de la colonialidad -indios, negros, aceitunados, amarillos, blancos, mestizos- y las geoculturales del colonialismo -América, África, Lejano Oriente, Cercano Oriente, Occidente y Europa- (Quijano, 2000 y 2007).

En la colonialidad del poder, Europa/Euro-Norteamérica<sup>15</sup> son pensadas como viviendo una etapa de desarrollo más avanzada que el resto del mundo, de tal forma que son el modelo a imitar y la meta desarrollista sigue siendo alcanzarlos. Linealidad evolutiva que se expresa en las dicotomías civilización-barbarie, desarrollado-subdesarrollado, y occidental-no occidental (Castro-Gómez y Grosfoguel, 2007). Por otra parte, la modernidad como otro eje co-constitutivo, continúa Quijano, está configurada sobre el eurocentrismo como su racionalidad específica, la cual funde las experiencias del colonialismo y de la colonialidad con las necesidades del capitalismo. Por su carácter y origen eurocéntrico este modo de conocimiento fue denominado racional, siendo impuesto y admitido en el conjunto del mundo capitalista como la única racionalidad válida y como emblema de la modernidad. En este sentido, el eurocentrismo no es solo la perspectiva cognitiva de las-os europeas-os o de las-os dominantes del capitalismo mundial, sino del conjunto de las-os que hemos sido educadas-os bajo su hegemonía. No obstante, aunque las líneas matrices de esa perspectiva cognitiva se han mantenido a pesar de los cambios de sus contenidos específicos, y las críticas y los debates a lo largo de la duración del poder mundial del capitalismo colonial y moderno, la modernidad/racionalidad está siendo cuestionada desde el pensamiento decolonial (Quijano, 2007).

---

<sup>13</sup> La colonialidad tiene origen y carácter colonial, pero ha probado ser más duradera y estable que el colonialismo en cuya matriz fue establecida, a tal punto que se ha impuesto como la intersubjetividad del mundo de forma tan enraizada y prolongada (Quijano, 2007). La diferencia conceptual radica en que el colonialismo es el momento histórico del proceso de la conquista de América por Europa, y la colonialidad desprendida de este, es la herencia eurocéntrica y dependiente que aún tenemos (Curiel en Cejas, 2011).

<sup>14</sup> “Quijano entiende la raza como una ficción. Para marcar ese carácter ficticio, siempre coloca el término entre comillas. Cuando escribe términos como ‘europeo’, ‘indio’ entre comillas es porque representan una clasificación racial” (Lugones, 2008:78).

<sup>15</sup> Vale la pena recordar que desde esta perspectiva y en el marco de este trabajo, México no hace parte de Norteamérica.

La colonialidad en tanto matriz colonial de poder ha permeado todas las dimensiones de la actividad humana, permitiendo la conceptualización desde este enfoque de la colonialidad del saber, la colonialidad del ser, y la colonialidad del género, formas que están entretejidas de tal manera que son inseparables (Lugones, 2011). La colonialidad del saber tiene que ver con el rol de la epistemología y las tareas generales de la producción del conocimiento en la reproducción de regímenes de pensamiento coloniales (Maldonado-Torres, 2007), siendo el dispositivo que ha organizado el espacio y el tiempo de todas las culturas, pueblos y territorios, presentes y pasados del mundo, en una narrativa universal desde la cual Euro-Norteamérica es el centro geográfico y la culminación del movimiento temporal (Lander, 2000). En este sentido, ha hecho posible el pensamiento monotópico moderno, gracias a su poder para subalternizar el conocimiento ubicado fuera de los parámetros de su racionalidad (Mignolo, 2000). La colonialidad del ser se refiere a la necesidad de aclarar la pregunta sobre los efectos de la colonialidad en la experiencia vivida<sup>16</sup> y no sólo en la mente de sujetas-os subalternas-os (Maldonado-Torres, 2007). Por último, la colonialidad del género surge de entrelazar los feminismos de color y el concepto de la colonialidad del poder, ampliando lo que Quijano entiende por género<sup>17</sup>, es decir, no solo pensar en el control sobre el sexo, sus recursos y productos, sino también sobre el trabajo como racializado y generizado simultáneamente. De esta forma, el sistema moderno/colonial de género configura un lado 'visible/claro' -moderno, hegemónico, blanco, burgués, heteropatriarcal-, que excluye al lado 'oculto/oscurο' a las personas clasificadas desde la colonialidad por clase, raza y género, aunque crea una zona intermedia y ambigua de seres que no pueden ser captadas-os por los lentes del binario sexual o de género, y que a la vez, son racializadas-os de forma ambigua pero ya no como blancos o negros (Lugones, 2008).

Esta matriz de poder que se (re)produce en todas las dimensiones del 'sistema-mundo europeo/euro-norteamericano capitalista/patriarcal moderno/colonial' (Grosfoguel, 2006) hace lugar conceptual para la heterogeneidad y la discontinuidad, es decir, es una estructura social que no es una totalidad cerrada (Quijano, 2000), ya que busca integrar las múltiples jerarquías de poder del capitalismo histórico como parte de un mismo proceso histórico-estructural heterogéneo (Grosfoguel, 2006). Asimismo, esta perspectiva de análisis estructural de las relaciones entre

---

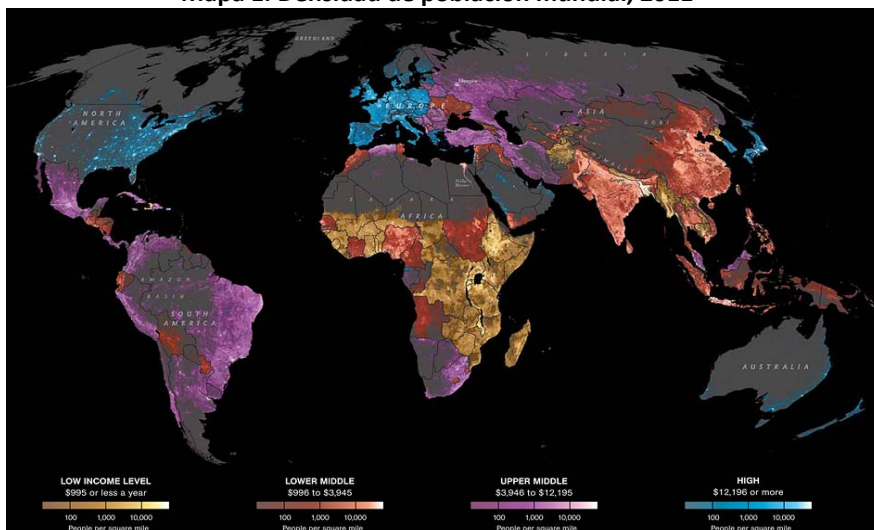
<sup>16</sup> La experiencia vivida se refiere a rastrear las huellas de la *herida colonial* que hemos experimentado en estos siglos de colonialismo y colonialidad. El concepto proviene de Gloria Anzaldúa (1987), así como el de *pensamiento fronterizo* utilizado como base en la construcción de la propuesta de transmodernidad.

<sup>17</sup> Así como Lugones (2008) amplía el concepto de género como matriz de poder colonial de Quijano, Rojas (2012) plantea aquello que no se ha tomado en cuenta: la sexualidad y las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo de las poblaciones indígenas, mestizas y afrodescendientes que cuestionan la heteronormatividad y el patriarcado de la modernidad eurocéntrica.

Latinoamérica y Euro-Norteamérica lejos del fundamentalismo antimoderno, propone que en lugar de una sola modernidad centrada en Europa e impuesta como un diseño global al resto del mundo, desde el pensamiento fronterizo se posibilite la transmodernidad como proyecto utópico. Es decir, el proceso de descolonización a partir de una multiplicidad de respuestas críticas decoloniales a la modernidad eurocentrada, desde las diversas culturas subalternas y el lugar epistémico de los pueblos colonizados en todo el mundo (Dussel en Grosfoguel, 2006).

Tanto el sistema-mundo colonial/moderno como la clasificación y jerarquización social propuesta, pueden ilustrarse visualmente, entre otras formas, a través de la categoría de clase definida para estos efectos por el promedio del nivel de ingresos per capita de la población. En este orden de ideas, el Mapa 1 muestra a las personas del mundo clasificadas por la densidad de población, donde los puntos más brillantes son las más altas concentraciones de habitantes. Asimismo, están jerarquizadas por el promedio del nivel de ingresos per capita de cada país, donde la gama de azules es el más alto ingreso, la morada medio alto, la marrón medio bajo, y la amarilla el más bajo ingreso. A la luz del sistema colonial/moderno, la matriz de poder propuesta desde esta perspectiva se reproduce en este indicador de ingresos reflejando que la zona con la más alta concentración promedio de riqueza es la definida como Euro-Norteamérica, mayoritariamente 'blanca' -arquetipo colonial ubicado en lo más alto de la jerarquía social-, y la zona con mayores niveles de pobreza es África, con población mayoritariamente 'negra' -arquetipo colonial en lo más bajo de la jerarquía social de la modernidad-.

**Mapa 1. Densidad de población mundial, 2011**



Nota explicativa de las/os autores: Algunas naciones como China e India tienen un amplio rango de ingresos, y al ser los países con mayor población al promediar el ingreso per capita son clasificados como de ingreso medio bajo.

Fuente: National Geographic [consultado abril 2014]

De la misma forma, desde el sistema-mundo moderno/colonial Euro-Norteamérica se define en la etapa de desarrollo más avanzada, siendo el modelo a imitar y a alcanzar por el resto del mundo. Desde sus estándares de medición y siguiendo la clasificación del mapa anterior, esta región tiene los indicadores sociales más favorables para su población con respecto al resto del mundo (Tabla 1). Salvo en la emisión de CO<sub>2</sub>, lo que convierte a la modernidad ejercida en estos países como el estilo de vida más contaminante del planeta.

<b>Tabla 1. Comparación de algunos indicadores sociales, 2011</b>				
<b>Indicador</b>	<b>Amarilla -BI-</b>	<b>Marrón -MBI-</b>	<b>Morada -MAI-</b>	<b>Azul -AI-</b>
Habitantes (en billones)	1	4	1	1
Esperanza de vida al nacer (años, H hombres, M mujeres)	H58,M60	H66,M70	H68,M75	H77,M83
Muertes menores de 5 años (por mil nacidas-os vivas-os)	120	60	24	7
Acceso a servicios de saneamiento	35%	50%	84%	99%
Años de educación	7,9	10,3	13,8	14,5
Tasa de alfabetismo	66%	80%	93%	98%
Tasa de fertilidad	4	3	2	2
Tasa de crecimiento poblacional	2,27%	1,27%	0,96%	0,39%
Tasa de migración neta (por mil habitantes)	Salida -0,58	Salida -0,36	Salida -0,55	Entrada +2,57
Población urbana	27%	41%	74%	78%
Emisiones de dióxido de carbono (per capita, Ton. métricas)	1	3	5	13
BI: Bajo ingreso; MBI: Medio bajo ingreso; MAI: Medio alto ingreso; AI: Alto ingreso				
Fuente: Elaboración propia a partir de National Geographic [ <a href="http://ngm.nationalgeographic.com/2011/03/age-of-man/map-interactive">http://ngm.nationalgeographic.com/2011/03/age-of-man/map-interactive</a> , consultado abril 2014]				

### *Interseccionalidad como análisis para hacer visible lo no visible*

Una vez expuesta la conceptualización del sistema-mundo colonial/moderno como marco estructural en el que transitan los itinerarios en la medicina, se considera que de los múltiples enfoques metodológicos de las ciencias sociales para realizar análisis relacionales, la interseccionalidad ofrece la perspectiva adecuada para dar respuesta a las preguntas y objetivos planteados en esta investigación al hacer visible lo no visible. Es decir, los privilegios/opresiones e inclusiones/exclusiones que se han experimentado a lo largo de la formación y ejercicio de la medicina, en el entramado de categorías de clasificación y jerarquización social como clase, raza, y género, entre otras. Esta propuesta teórica, política, y metodológica, fue desarrollada por los feminismos decoloniales de las mujeres de color. La autodenominación ‘mujeres de color’ es adoptada en los Estados Unidos en los años 70 del siglo XX, para identificar la coalición orgánica entre mujeres indígenas, mestizas, mulatas y negras, víctimas de la colonialidad del género que se ven ya no como tales sino como



protagonistas de un feminismo decolonial (Lugones, 2008). Este espacio de coaliciones y luchas está articulado en torno a la construcción de una conciencia que cuestiona el eurocentrismo de la teoría social y del feminismo hegemónico, proponiendo herramientas analíticas para dar cuenta de las intersecciones constitutivas de las relaciones de dominación a las que se enfrentan estas mujeres en particular (Viveros, 2007). No obstante, aunque históricamente el análisis interseccional ha sido llevado a cabo por mujeres racializadas que desde su perspectiva situada percibían los intentos de homogeneizar la situación de las mujeres en general (Yuval-Davis, 2013), el término interseccionalidad tal y como se conoce hoy en día, fue acuñado desde el enfoque de los estudios legales por Kimberlé Crenshaw en 1989, extendiéndose a las disciplinas de las ciencias sociales, principalmente a través del lente de los estudios feministas<sup>18</sup> (Brah, 2013).

Si bien no existe una única definición sobre lo que es la interseccionalidad, a continuación se exponen diferentes aproximaciones de lo que significa como herramienta metodológica en las ciencias sociales. Por una parte, interseccionalidad es un término metafórico que evoca imágenes de intersecciones de caminos, con un número indeterminado o disputado de éstos, que dependen de cuántas divisiones sociales son consideradas, las cuales pueden ir de dos a una infinidad (Yuval-Davis, 2013). El análisis interseccional también explora cómo los diferentes ejes de diferencia se articulan en niveles múltiples y simultáneos de exclusiones, desigualdades y formación de sujetas-os específicas-os en un contexto, exponiendo los regímenes micro y macro del poder dentro de los cuales diversas formas de diferenciación -clase, raza, género...- son instituidas en formaciones estructurales (Brah, 2013). De la misma forma, es una problemática sociológica en el sentido en que las intersecciones hacen referencia a la articulación concreta de las formas de dominación que son experimentadas de acuerdo con las características sociales de los diferentes grupos, aludiendo al hecho de que cada agente social es producida-o por la imbricación de las relaciones de clase, género y raza (Viveros, 2012). Asimismo, opera como modelo de análisis de las diferencias sociales ya que supone el funcionamiento de las opresiones a manera de redes entrelazadas o 'matrices de dominación', en las cuales no existen categorías de poder que suman sino ejes de poder entretejidos, que configuran redes de posiciones estructuradas por la inseparabilidad de las categorías de género, raza, clase, sexualidad, edad, capacidad, entre otras categorías de diferencia (Crenshaw, 1994; Collins, 1998; Davis, 1998; Gil, 2010; hooks, 2004; Lugones 2008; Viveros, 2012 en Bello, 2013). Por último, coadyuva a comprender que los

---

<sup>18</sup> Los feminismos decoloniales de color abarcan los aportes en el análisis interseccional entre sexo/género, raza, clase y sexualidad del *Black Feminism*, de las feministas tercermundistas en Estados Unidos, de las feministas negras de Gran Bretaña, de las feministas afro y lesbianas de América Latina y el Caribe, y de las feministas indígenas y mestizas de Latinoamérica, entre otros (Curiel, 2008).

espacios por donde circulamos en la vida cotidiana están estructurados por jerarquías intersecadas de género, etnia/raza, clase y sexualidad, las cuales se materializan en sus correlatos de generización, racialización, explotación económica, y heterosexualidad, como opresiones estructurantes que operan sobre nuestras vidas de manera simultánea, inseparable e interconectada (Munévar, 2013).

La interseccionalidad como método de las ciencias sociales tiene varias características. Primero, es una perspectiva para el estudio de la estratificación social ya que el análisis interseccional no está limitado únicamente a aquellas-os que se encuentran en los márgenes, sino que abarca la sociedad en su conjunto al centrarse en las localizaciones jerárquicas diferenciales de personas y colectivos, en el entramado de poder de las organizaciones sociales (Yuval-Davis, 2013). En este campo de estudios, continúa la autora, estos análisis se han venido nutriendo cada vez más de la perspectiva bourdieuana sobre la estratificación social en mayor medida que de la marxista y weberiana, en relación a las formas de dominación y las posiciones que las personas ocupan dependiendo de sus capitales, las cuales generan desigualdades de largo alcance y de diversos tipos. Segundo, desde la interseccionalidad se visibiliza que las posiciones de subordinación generan un efecto acumulativo de atributos estigmatizantes, que ubican a las personas en posiciones diferenciales de dominación, por ejemplo, ser mujer, ser mujer negra, ser mujer negra lesbiana, ser mujer negra lesbiana discapacitada<sup>19</sup>... (Gil, 2008). No obstante, el autor matiza que este efecto acumulativo también puede darse de manera positiva, al contrarrestar atributos negativos con diferentes capitales, por ejemplo, cuando se tienen más recursos para luchar contra la discriminación representados en capitales culturales altos, la posición de clase, o una identidad de género masculina, aunque las ventajas o no de estos efectos acumulativos dependen del contexto. Y tercero, la apuesta interseccional es situada. La posición en el orden de clasificación y jerarquización social opera como un continuo de posiciones que se modifican de acuerdo con la situación y las relaciones que se involucran, es decir, la clasificación de una persona en los órdenes jerárquicos depende de las relaciones que definen su posición en un momento dado y en un lugar o campo determinado, y son modificadas en el tiempo y en el espacio (Arango 2006 en Gil, 2010). En este sentido, al ser el análisis interseccional situado pone de manifiesto que todas las personas pueden sufrir marginación en algún aspecto de su vida y privilegio en otros, y que éstos pueden oscilar dependiendo de la situación y del contexto (González, 2013).

---

<sup>19</sup> Desde el *Black Feminism* plantean que es posible identificar en una persona varias posiciones de subordinación que son contextuales, y que no están necesariamente relacionadas, porque una cosa es ser negra y otra cosa es ser lesbiana, o como propone Gayle Rubin (1989), analíticamente el género y la sexualidad a veces demandan que se aborden como dimensiones separadas (Gil, 2008).

De esta forma, la interseccionalidad permite aportar explicaciones que desde otro lugar pasarían inadvertidas. Por ejemplo, la génesis de la feminidad moderna construida en el siglo XIX debe buscarse no en la oposición a la masculinidad sino en una doble oposición de raza y clase, ya que la feminidad de las amas de casa -piedad, pureza, sumisión y domesticidad- no se oponía a la masculinidad del jefe de hogar, sino a la feminidad de la sirvienta doméstica negra -lúbrica, amoral, rústica y sucia- (Dorlin en Viveros, 2012). En el mismo sentido, el análisis interseccional ha permitido visibilizar, entre otros, que todas las personas tienen etnicidades, no sólo las minorías racializadas; que los hombres como mayorías hegemónicas de poder tienen género, clase, raza, etc. (Yuval-Davis, 2013); que existen jerarquías entre mujeres y algunas de ellas tienen poder cultural y económico sobre ciertos hombres (Espíritu, 1997 en Lugones, 2011); que las mujeres blancas viven las vidas que viven, en gran parte porque las mujeres de color viven las vidas que viven (Barkley Brown, 1991 en Lugones, 2011); que los hombres homosexuales de clases medias construyen sus propios mundos no por su condición homosexual sino por el lugar que ocupan en la estructuras de clases o en el 'espectro' racial (Pinho 2005 en Gil, 2008); o, que la clase social puede hacer más aceptable la diferencia sexual e inclusive puede llegar a diluir el color de la piel (Díaz, 2005 en Gil, 2008). Es decir, la interseccionalidad puede ir más allá de la posibilidad del entramado entre las categorías, ya que funciona también como premisa en el entendimiento que los atributos de género siempre están racializados y viceversa, que la clase siempre está generizada y racializada y viceversa, y así sucesivamente (Gil, 2008).

Ahora bien, esta tesis doctoral plantea como pregunta central de investigación, la comprensión de los factores y relaciones sociales que configuran los itinerarios en la medicina, desde las experiencias y reflexiones de las-os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden ejerciendo su profesión en España. A la vez, este trabajo indaga por cuestiones como las intersecciones de género, clase y raza que visibilizan los privilegios y discriminaciones que experimentan en sus itinerarios en contextos contemporáneos neoliberales y de movilidad internacional, así como por los procesos de construcción de alteridades, y las subjetividades que son moldeadas por las estructuras de clase, género y raza por las que los itinerarios en la medicina transitan. A partir de la comprensión y reflexión sociológica<sup>20</sup> de estas inquietudes investigativas, se pretende contribuir al entendimiento de los procesos contemporáneos de

---

<sup>20</sup> Si bien la sociología es comprensiva y reflexiva, quisiera rescatar el aporte de la sociología subversiva de Fals Borda, en cuanto a propuestas vivenciales, colectivas y participativas que vinculan la teoría -idea- con la realidad -acción-, y cuya finalidad es el compromiso con la transformación de las asimetrías sociales (Fals Borda, s.f., 2009). El sociólogo colombiano propone resignificar el término 'subversivo' del sentido destructivo de la sociedad a algo reconstructor y de cambio social de la misma (Fals Borda, 1967).

clasificación y jerarquización social, -en tanto enclasmiento, racialización y generización-, de las clases profesionales latinoamericanas de alto estatus social y económico con movilidad internacional. No obstante, el elegir la interseccionalidad como herramienta de análisis e interpretación en clases profesionales de estatus social y económico, hace necesario replantear los términos en los cuales se utiliza este método, debido a que tiene su origen y mayor aplicabilidad en el campo de la marginalidad y exclusión social. En el caso de esta tesis, el análisis interseccional no solo hace visible las discriminaciones y exclusiones en los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os que ahora se encuentran en España, sino también los privilegios e inclusiones de los que disfrutan, y que son generados de igual forma, en el entramado de clase, género y raza, entre otras categorías de clasificación y jerarquización social.

En este orden de ideas, y para dar respuesta al replanteamiento de términos de la interseccionalidad como herramienta de análisis de los itinerarios de las-os médicas en el sistema colonial/moderno, la matriz de dominaciones y opresiones se amplía a una matriz que contempla tanto los privilegios como inclusiones otorgados por la posición situada que se tenga en la clasificación que jerarquiza socialmente. Es decir, entre más cerca se esté del lado ‘visible/claro’ se contará con mayores privilegios, y por el contrario, entre más cerca se esté del lado ‘oculto/oscuró’ se tendrán más opresiones y exclusiones. A la vez, esta matriz ampliada remite a pensar en la ideología, discriminación y prejuicios<sup>21</sup> en forma de dominaciones y exclusiones, pero también de privilegios e inclusiones sociales. En este sentido, el racismo, sexismo y clasismo si bien ideológicamente justifican la subalternización y dominación de los grupos sociales de la colonialidad y del lado ‘oculto/oscuró’, funcionan también como mecanismos que a través de las mismas teorías justifican la superioridad de los grupos ubicados en la modernidad y en la zona de lo ‘visible/claro’. De la misma forma ocurre con los prejuicios y las discriminaciones. En el caso de los prejuicios, se otorgan estereotipos positivos a las-os que ocupan posiciones en lo más alto de la jerarquía social, y negativos a aquellas-os que están en lo más bajo; y en cuanto a las discriminaciones, éstas pueden ser acciones tanto que promuevan la inclusión como aquellas que lleven a la exclusión y marginalidad. En este marco, esta propuesta ampliada contempla que las ideologías del racismo, sexismo, clasismo, heterosexismo, y un largo

---

<sup>21</sup> Gil (2010) basado en los trabajos de San Román y Taguieff, propone un marco de análisis relacional entre ideología, discriminación y prejuicio, como elementos conexos que operan en momentos diferentes. El prejuicio, -actitud-, hace referencia a las actitudes, disposiciones, sentimientos y estereotipos que permanecen latentes en las personas y que pueden orientar las acciones hacia aquellas-os de las-os que se elaboran esas disposiciones. La discriminación, -conducta-, es la expresión práctica del prejuicio. La ideología, -racismo, sexismo, clasismo-, representa el sustrato de las ideas y teorías. Tanto los prejuicios, las discriminaciones y las ideologías están interiorizadas como un ‘sentido común’ al ser percibidas por las instituciones y las personas como algo natural (Hellebrandová, 2014).

etcétera, no son fenómenos anómalos ni son hechos aislados, sino por el contrario, son la forma estructural a nivel institucional e individual, de organizarnos socialmente y de relacionarnos en el sistema colonial/moderno. De esta manera, por cada acto de discriminación y prejuicio racista/sexista/clasista/... de opresión que excluye de los privilegios de la modernidad a 'lo no blanco', existen otros sin fin de actos racista/sexista/clasista/... que otorga privilegios que funcionan como mecanismo de inclusión para 'lo blanco'. Por ejemplo, por cada acto racista-opresión en contra de la población afrodescendiente que se detiene en la calle para exigir documentos de identidad, existen actos racista-privilegio a las/os que por su color de piel no son objeto de atención policial.

Es necesario enfatizar que esta 'matriz ampliada de privilegios/opresiones' mantiene las características de la interseccionalidad. Por lo tanto, ofrece un marco comprensivo para el estudio de la estratificación social, tiene efectos acumulativos tanto de privilegios como de opresiones, y es situada, es decir, las posiciones en el orden de jerarquización social, así como los privilegios y dominaciones son flexibles, operan como un continuo, y se modifican en el tiempo y el espacio de acuerdo a la situación y el contexto. Particularidades que permiten analizar las relaciones de las clases profesionales de forma situada y acumulativa, bien sea de opresiones frente a las clases dominantes, y/o de privilegios sobre las clases más precarizadas. Con base en estas características, el proceso de análisis de intersecciones propuesto para esta investigación, toma como punto de partida la organización de las conversaciones con las/os médicas/os por situaciones temáticas<sup>22</sup>, que emergen de forma común y transversal desde sus experiencias y reflexiones en la medicina. Una vez definidas las situaciones, para cada una de ellas el enfoque interseccional puede operar en tres dimensiones de análisis, bien sea de forma independiente o interactuando entre sí (Gil, 2008). Una, en la que se ofrece una explicación a cada una de las categorías propuestas de forma separada; otra, en la que se exploran las relaciones entre categorías y el modo en que interactúan y se moldean unas con otras; así como también, en la que son analizadas las modalidades de las relaciones entre categorías, que no son siempre intersecciones -las que se parecen, las que son originadas por otras, las que toman la centralidad, etc.-.

En cuanto a las categorías de clasificación y jerarquización social que hacen parte del entramado del análisis interseccional de las situaciones temáticas, se encuentran, por una parte, la clase, el género, y la raza, que

---

<sup>22</sup> La organización por 'situaciones temáticas' permite relacionar sistemáticamente los relatos en situaciones, temáticas o problemáticas en ámbitos relevantes que son transversales a las experiencias y reflexiones narradas (Pazos, 2002). En el presente documento estas 'situaciones temáticas' corresponden a los títulos y subtítulos en los que se estructura el texto, los cuales se interpretan a la luz de la mirada interseccional.

operan de forma general para todas las personas, y de otra, la especialidad médica, la etnicidad, el estatus legal, y la edad, que operan de forma específica para las-os médicas-os latinoamericanas-os con movilidad internacional. En este orden de ideas, la clase es abordada teóricamente desde la perspectiva bourdieuana<sup>23</sup> y la propuesta de las clases profesionales de Goldthorpe, así como también desde la estratificación de 'clases alta, media y baja' usada por las-os médicas-os en sus narrativas. El género toma la propuesta de Rubin (1986) del sistema sexo/género en sociedades patriarcales como el lugar de la opresión de las mujeres, de las minorías sexuales y de ciertos aspectos de la personalidad humana. Así como la recomendación de Lugones (2011) de que esta categoría no solo apunta a una relación unívoca de poder entre mujeres y hombres, sino a relaciones de poder entre mujeres y entre hombres, atravesadas-os por la diversidad sexual. La raza, como las demás categorías, es una construcción social que hace referencia al fenotipo y sus rasgos asociados, y especialmente a la forma como se atribuyen a un grupo racial (Gil, 2008). En el contexto del sistema-mundo colonial/moderno, la gradación entre el 'blanco' de la 'raza blanca' y cada uno de los otros 'colores' de la piel hasta 'lo negro', es asumida como la jerarquización entre lo superior y lo inferior en la clasificación social 'racial' (Quijano, 2007).

Con respecto a las categorías que operan de forma específica para los itinerarios en la medicina con experiencias de movilidad internacional, la primera de ellas es la especialidad médica. Dado el carácter jerarquizado de la medicina en cuanto a las especialidades, por ejemplo, el estatus otorgado a la cirugía frente a la medicina de familia, esta categoría define la posición y posibilidades en los itinerarios, funcionando como un mecanismo de distinción y estratificación profesional al interior de la medicina. La segunda categoría puede asimilarse al concepto de etnia<sup>24</sup>, en relación al sentido de pertenencia y afinidades culturales e identitarias que se tienen frente a los lugares recorridos en las biografías, y está constituida por etiquetas como 'lo español,' 'lo colombiano', o 'lo latino'. La tercera, es el estatus legal que otorgan los estados a voluntad (nacionalidad, permiso de estudiante o residencia) tanto del país de nacimiento como en los que se forman o ejercen la medicina en las experiencias de movilidad internacional. Y por último la edad, que remite a privilegios y dominaciones por etarismo, pero que a la vez, configura las experiencias vividas en los periodos previos y de

---

<sup>23</sup> Concretamente en la concepción del espacio social o el campo de la lucha de clases como una estructura de relaciones de fuerza entre agentes que ocupan distintas posiciones, las cuales dependen del volumen y estructura de sus diferentes capitales y atributos particulares. Sin embargo, la posición de Bourdieu difiere de la del sistema-mundo colonial/moderno en que el autor otorga la supremacía a la dominación de clase, y los decoloniales a la raza como eje principal de estratificación social (Arango, 2002).

<sup>24</sup> La categoría etnia/etnicidad es también utilizada para analizar los sentidos de pertenencia a una nación, las relaciones con lo nacional y las nuevas nacionalidades en las migraciones (Munévar, 2013).

ejecución de las políticas neoliberales en los sistemas educativos y de salud, tanto de Latinoamérica como de España.

### **Conversaciones con las-os médicas-os como consultores**

A la par del marco estructural del sistema colonial/moderno y de la perspectiva analítica interseccional como elementos de interpretación, otra de las decisiones metodológicas desde las que se aborda este trabajo doctoral, es elegir como fuente principal de comprensión y reflexión de los itinerarios en la medicina, el punto de vista de las-os médicas-os que coinciden en el ejercicio de su profesión en España. Por esta razón, es propuesto un enfoque biográfico desde el cual son revalorizadas las personas al centrar la investigación en sus trayectorias, experiencias, reflexiones y visión particular (Pujadas en Muñiz, 2012). No obstante, a partir de las conversaciones exploratorias con las-os médicas-os latinoamericana-os, además de fijar la mirada hacia las profesiones y Latinoamérica, se generó un desplazamiento adicional, esta vez de tipo metodológico<sup>25</sup>.

Si bien esta no es una investigación colaborativa en el sentido estricto de esta corriente de la Antropología, las-os médicas-os que participan en ella asumen el rol de consultores (Lassiter, 2005) y de co-teorizadores (Rappaport y Ramos, 2005), al compartir tanto sus experiencias biográficas como sus reflexiones en torno a un interés investigativo propuesto de las clases profesionales latinoamericanas con movilidad internacional, a través de la medicina como profesión paradigmática de la modernidad. Rol, que sumado a un punto de vista situado y compartido por la doctoranda, el director y las-os médicas-os en tanto profesionales de América Latina en España, hace que se establezca más un diálogo en el que se rompe la oposición entre el ‘saber académico’ y el ‘saber de las-os informantes’ (Katzner y Samprón, 2011), creando un espacio de co-reflexión y co-comprensión desde el ‘nosotras-os identificación’, en lugar de una relación instrumental de producción de datos empíricos. Es necesario aclarar que aunque las-os médicas-os desempeñan un rol de consultores como en una investigación colaborativa, éstas-os no participan en el diseño de la investigación ni en el proceso de escritura del documento. En este sentido, la presentación del texto se hace desde mi interpretación ampliada y situada como investigadora, es decir, mi forma de entender, pensar, y tejer lo social, y mi manera particular de contar y presentar sus experiencias y

---

<sup>25</sup> Estos desplazamientos, de las migraciones a las profesiones, de España a Latinoamérica, y de sujeto/objeto de estudio a consultores que colaboran en el proceso de co-reflexión y co-teorización desde un punto de vista situado y compartido, funcionan como metodología para descolonizar la mirada que desde España se tiene de las-os migrantes, y situarla a lo largo de sus biografías en las que la experiencia en este país es tan solo un tramo de su recorrido vital.

reflexiones. Estilo que da a los relatos biográficos un espacio bastante importante en el texto, debido, por una parte, a la centralidad en sus experiencias y reflexiones como fuente de co-teorización, y de otra, por el conocimiento situado que se obtiene sobre el contexto sociohistórico en el que tienen lugar.

Bajo el enfoque interseccional que guía la aproximación biográfica, de las técnicas de este método -biografía, autobiografía, relatos de vida, e historias de vida-, se escoge el relato de vida porque permite indagar por todas o parte de las vivencias, en forma de descripción de experiencias vividas en primera persona y de los contextos en los que se han desarrollado en una dimensión diacrónica (Bertaux, 2005). Además, el relato de vida se entiende como motivado por quien investiga, e implica su presencia como oyente e interlocutora, basándose únicamente en las narrativas, y trabajando solo aquella parte de la vida que atañe al tema de investigación sin agotar las otras facetas de la biografía (Kofes en Vásquez, 2005). De las diferentes trayectorias inmersas en los relatos de vida -familiar, educativa, laboral, sexoafectiva...- (Helardot en Muñiz, 2012), en el marco de los intereses de esta investigación las líneas biográficas centrales corresponden a la trayectoria educativa -formación secundaria y universitaria- y la trayectoria profesional -especialización y experiencias en el mercado médico laboral- de las/os médicas/os latinoamericanas/os, en el contexto sociohistórico de los años sesenta del siglo XX hasta hoy. En este sentido, la descripción e interpretación de estas trayectorias, tiene en cuenta que están construidas a partir de diferentes temporalidades sociales que son definidas por la persona que investiga, y que debe indagarse también por las transiciones, puntos de inflexión o bifurcaciones, como acontecimientos propios o externos que pueden cambiar su rumbo (Godard en Muñiz, 2012). Si bien los métodos biográficos pueden complementarse con otras técnicas que permitan contrastar los discursos con las prácticas, en el caso de este trabajo doctoral no se contempla la utilización de la observación participante por dos razones: primero, por la dificultad de este método en el acceso a las clases medias y altas; y segundo, por el desplazamiento de la mirada hacia Latinoamérica. Es decir, para abarcar los objetivos y preguntas de investigación propuestos habría que realizar observaciones en los espacios de formación y ejercicio laboral a lo largo de los itinerarios en la profesión, para que sirvieran realmente como aporte adicional de conocimiento. Hacerlo para el tramo de España, permitiría solamente poner en relación estos datos observados con las narrativas correspondientes a este país, pero no se podrían hacer comparaciones entre países de Latinoamérica, tanto en los tramos de formación académica como de ejercicio laboral nacional e internacional.

Escoger técnicas del método biográfico implica estar atentos a algunas trampas que Bourdieu (1997) define como ilusiones biográficas. Una de



ellas es presuponer que la vida es una historia constituida por el conjunto de acontecimientos de una existencia individual en forma de trayecto con un fin último, organizados cronológicamente en secuencias ordenadas según relaciones inteligibles. Tratar la vida de esta forma es someterse a una ilusión retórica, a una creación artificial de sentido y a una representación común de la existencia. Asimismo, el relato de vida tiende a aproximarse a la presentación oficial y pública de sí, que implica unas coerciones y unas censuras específicas añadidas. Al tratar de comprender una vida como una serie de acontecimientos sucesivos vinculados a una persona, es “más o menos igual de absurdo que tratar de dar razón de un trayecto en el metro sin tener en cuenta la estructura de la red, es decir la matriz de las relaciones objetivas entre las diferentes estaciones” (ibídem: 82). De otra parte, al usar técnicas biográficas, también deben tenerse en cuenta las mediaciones subjetivas y culturales a través de las cuales la experiencia vivida se expresa de forma narrativa: los esquemas de percepción y evaluación frente a un acontecimiento y la forma en que es vivido, los significados que atribuye retrospectiva y reflexivamente de sus experiencias mediadas por la memorización y evocación de las mismas, y entre lo que la persona ha vivido y totalizado, y lo que acepta decir en el presente (Bertaux, 2005).

Estas ilusiones biográficas no dejan de cuestionar el grado de veracidad y de reconstrucción en lo referente a un solo relato de vida. Sin embargo, se pueden contrarrestar en gran medida relacionando múltiples y diversos relatos sobre la experiencia vivida en una misma situación social, superando así sus singularidades y el carácter inevitablemente subjetivo del testimonio, para mediante una construcción progresiva lograr una representación sociológica de los componentes sociales de la situación (Bertaux, 2005). Los relatos de vida tienen esa particularidad, parten de relatos individuales para construir una visión de la sociedad en su conjunto, a través de la imagen que las personas hacen de sí mismas y del mundo recreado con la recuperación del pasado en el que se han desenvuelto. Es decir, en la forma de recordar y narrar las prácticas y emociones vividas, se puede encontrar el tejido que sustenta los imaginarios sociales contruidos en tiempos y espacios concretos, como vínculo desde lo individual hacia lo colectivo (Vásquez, 2005). En este sentido, se debe orientar el acento no en la interioridad de las personas sino en lo exterior a ellas, en los contextos sociales de los que han adquirido por experiencia un conocimiento práctico (Beaud en Bertaux, 2005).

Si como se ha expuesto hasta ahora, en la técnica de los relatos de vida hay una persona que indaga por las experiencias vividas por un grupo social según sus intereses investigativos, y a su vez, la validez metodológica depende de la diversidad de testimonios, tanto el diseño de la guía de conversación como la selección de relatos son instrumentos metodológicos

cruciales a ser tenidos en cuenta en la aplicación de esta técnica cualitativa. En cuanto a la guía de conversación, su diseño por bloques temáticos permite seguir un orden general y a la vez, los subtemas de cada bloque y las articulaciones entre éstos, ayudan a propiciar la conversación más que el responder a preguntas de una entrevista, así como posibilita el que emerjan nuevas temáticas durante el desarrollo de la conversación. El segundo instrumento metodológico a tener en cuenta cuando se utilizan relatos de vida, son los criterios de selección que permiten la diversidad de las narrativas recabadas en una misma situación y grupo social. En este sentido, para seleccionar a las-os médicas-os que colaboran en esta investigación, se utilizaron criterios basados en el lugar de origen en Latinoamérica, lugar de ejercicio de la medicina en España, género, edad, hijas-os, pareja, estatus legal en España, tipo de trabajo, edad, y especialidad. La combinación de estos criterios a la hora de contactar a las-os profesionales mediante la estrategia de bola de nieve, iba logrando, a medida que transcurría la investigación, la diversidad en las experiencias.

Una vez llegado el momento de conversar con las-os médicas-os que colaboran en esta investigación, si bien el espacio de identificación dado por el punto de vista situado compartido facilita el dialogo, el establecer conversaciones con profesionales de alto estatus social y económico plantea otro tipo de retos metodológicos. En este sentido, se siguen las sugerencias de Devillard, Franzé y Pazos (2012) para crear un ambiente que permita establecer una adecuada relación con las-os médicas-os participantes. Las-os autores apuntan como aspectos problemáticos a nivel metodológico, la dificultad de centrar la conversación en aspectos privados y cotidianos, así como la posibilidad de enfrentarse a un discurso políticamente correcto, ordenado, coherente y aparentemente preparado. Para mitigar estos efectos, proponen seguir algunas estrategias que rompan las formas fijas de este tipo de discurso. Se puede intentar su descentramiento mediante la evocación de hechos no planteados por las-os médicas-os, pero que se sabe de ellos a través de otras fuentes como estudios académicos, medios de comunicación, discursos institucionales, etc. Adicionalmente, se puede indagar por la opinión de las-os profesionales en torno a los puntos de vista de otros actores sociales, así como explorar lo particular en lo que es presentado como general y abstracto, a través de casos concretos tanto personales como laborales.

En cuanto a la realización de las conversaciones, éstas se llevaron a cabo *in situ* en las ciudades españolas que hacen parte de la investigación, y tuvieron lugar en mi residencia, la residencia o lugar de trabajo de las-os médicas-os, y en muy pocos casos en sitios públicos como cafés o parques. De otra parte, en el momento de garantizar el anonimato a las-os médicas-os también surgen otras limitaciones. En aras de ofrecer total confidencialidad a las-os participantes, se sacrifica parte de la descripción y

análisis al no poder relacionar explícitamente el país de origen, la especialidad y el lugar de residencia en España. Este aspecto del anonimato puede que no sea tan problemático en ciudades como Madrid y Barcelona, debido a la mayor concentración de médicas-os latinoamericanas-os. Sin embargo, en ciudades capitales más pequeñas o de provincia, al hacer explícita esta información se estaría develando la identidad del profesional: *“Había muy pocos médicos latinos en el hospital. Y en mi especialidad yo era el único”* (Juan, 38). En el mismo sentido de preservar el anonimato y en el caso del país de procedencia, en el momento de la transcripción literal de los audios para las personas de Argentina se reemplaza, por ejemplo, el “vos sabés” por “tú sabes”, y en el caso de las personas de Brasil se corrigen errores gramaticales menores. Con respecto a la citación de extractos se han definidos tres formatos. El primero, (Juan, 38), enfatiza en la-el médica-o y su edad. El segundo, (Mex-M, 00), centra el análisis en el país de Latinoamérica<sup>26</sup>, el género u opción sexual<sup>27</sup>, y el contexto temporal representado en la década en la que se finalizaron los estudios universitarios. En el caso de los extractos en los que la cita indique a España (Esp) se está haciendo referencia a las personas de Latinoamérica que realizaron su formación universitaria en este país. El tercero, (Ane-M, 00), enfatiza en la especialidad<sup>28</sup> médica, el género u opción/identidad sexual, y la década de finalización de estudios universitarios.

Por último, el tratamiento de la gran cantidad de información cualitativa de los relatos de vida se apoya en el software libre SONAL (v1.9.3), el cual permite trabajar el análisis por las situaciones temáticas transversales a los relatos directamente sobre la pista de audio. Tal como en una interfaz gráfica de edición de música, a medida que se escucha el relato, se marca el segmento y se asigna una o más situaciones temáticas, las cuales se pueden definir en el momento que emerjan o pueden estar definidas con anterioridad. A su vez, están codificadas por color, de modo que el audio completo del relato gráficamente se visualiza como se muestra en la parte superior de la Figura 1. Una vez asignada la situación/temática a un segmento determinado, a través de herramientas de dictado automático del programa, se realiza la transcripción literal con la posibilidad de hacer comentarios si fuese necesario, tal como aparece en la parte inferior de la figura en mención. Al terminar el proceso de escucha, codificación temática

---

<sup>26</sup> Para el país de origen se utilizan las tres primeras letras, de la siguiente forma: Arg Argentina, Bol Bolivia, Bra Brasil, Chi Chile, Col Colombia, Cub Cuba, Ecu Ecuador, Esp España, Gua Guatemala, Mex México, Nic Nicaragua, Par Paraguay, Per Perú, Rdo República Dominicana, Uru Uruguay, y Ven Venezuela.

<sup>27</sup> En el caso del género: H Hombre, y M Mujer. Para las opciones sexuales: G Gay y L Lesbiana.

<sup>28</sup> La abreviatura para la especialidad está conformada por las tres primeras letras de la misma: Ale Alergología, Ane Anestesiología, Cir Cirugía, Gin Ginecología, Fam Medicina de Familia, Int Medicina Intensiva, Min Medicina Interna, Mic Microbiología, Msp Máster Salud Pública, Neu Neurofisiología, Oft Oftalmología, Ped Pediatría, Psi Psiquiatría, Reu Reumatología, Tra Traumatología, Sci Subespecialidad en cirugía.



discurso de la modernidad (Gil, 2010), el conocimiento producido desde la epistemología moderna ofrece un marco adecuado para esta investigación. En este sentido, para la elección de la bibliografía se tiene en cuenta, por una parte, la producción académica hegemónica, y de otra, la interpretación que de ella se hace así como la producción académica de investigadores con pensamiento y propuestas desde la subalternidad<sup>29</sup>. No obstante, si como marco estructural de análisis se ha optado por el sistema colonial/moderno, en la elección de la bibliografía de este trabajo académico debe ser reconocida la colonialidad del saber. Desde esta perspectiva se ha analizado que el conocimiento hegemónico producido por hombres de Italia, Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos, tiene la mágica capacidad universal de explicar las realidades histórico-sociales del resto del mundo, privilegio que ha sido el resultado de cuatro epistemicidios<sup>30</sup> que han configurado el racismo y sexismo epistémico de las estructuras de conocimiento de la universidad occidentalizada contemporánea (Grosfoguel, 2013).

En este orden de ideas, las fuentes bibliográficas de los textos consultados de la epistemología producida por la modernidad, se pueden clasificar en cuatro grupos. Primero, están las revistas científicas de libre acceso que se pueden encontrar fácilmente en Internet. A este respecto, aunque se intenta ser parte del boicot a las grandes editoriales que restringen el acceso a artículos mediante el pago por la consulta de los mismos, para esta investigación se utilizan algunas de ellas a través de las licencias de la Universidad Complutense. En cuanto a los documentos académicos, el acceso a los libros en papel se realizó a través de las bibliotecas de Madrid y Lisboa, y aquellos en PDF a través de Internet. Dada la ingerencia de los organismos multilaterales e instituciones del Estado en el diseño global y en la implementación local de las políticas neoliberales en los sistemas de salud, es necesario recurrir a los informes técnicos sobre las políticas y estrategias para los SSN, los marcos legislativos, así como el procesamiento comparado de información cuantitativa tanto a nivel internacional como por país. El último grupo, son algunas páginas web que contienen el punto de vista oficial de instituciones clave como sindicatos, colegios médicos y asociaciones (médicas, MIR, pacientes, etc.). Por último, dado el gran volumen de información académica en formato PDF a la que se

---

<sup>29</sup> Vale la pena recordar que en el sistema-mundo colonial/moderno, el eurocentrismo no es solo la perspectiva cognitiva de las instituciones Euro-Norteamericanas, sino también la del conjunto de universidades occidentalizadas.

<sup>30</sup> Boaventura de Sousa Santos (2010 en Grosfoguel, 2013) denomina 'epistemicidio' a la destrucción de conocimientos ligada a la destrucción de personas. Grosfoguel (2013) se refiere a cuatro epistemicidios: contra la población de origen judío y musulmán en la conquista de Al-Andalus, contra los pueblos indígenas en la conquista del continente americano, contra las/os africanas/os raptadas/os y esclavizadas/os en el continente americano, y contra las mujeres quemadas vivas bajo acusaciones de brujería en Europa. Todos ocurridos en el largo siglo XVI propuesto por Braudel, que comprende los doscientos años (1450 y 1650) como periodo de la formación de un nuevo sistema histórico denominado por Wallerstein sistema-mundo moderno o economía-mundo europea o economía-mundo capitalista.

puede acceder hoy en día, el uso del programa de análisis cualitativo Atlas.ti (v6.2) facilitó de manera importante la organización de la lectura e interpretación de los textos consultados<sup>31</sup>.

### *Proceso de escritura como espacio de reflexión*

En cuanto a la escritura, se considera que hace parte del proceso de reflexión investigativo, y que a la vez, es el formato de presentación de este tipo de trabajos académicos. Sin embargo, estas dos dimensiones tienen lógicas contradictorias. Por una parte, el proceso de investigación es complejo y no lineal, en el cual tanto la lectura, como el trabajo de campo, y las reflexiones interpretativas que se van produciendo, se desarrollan de forma simultánea y desde el inicio hasta el final del mismo, de tal forma que reflexivamente se influyen y retroalimentan unos con otros a medida que avanza la investigación. Y de otra parte, aunque el proceso de reflexión es simultáneo y no lineal, los resultados del mismo, en el caso de este trabajo, deben ser presentados en un texto escrito con una secuencia lineal. Texto que además, debe articular de forma organizada la ingente cantidad de información a la que hoy en día las/os investigadores sociales se enfrentan, que abarca la cada vez mayor diversidad de fuentes bibliográficas, la información cualitativa y cuantitativa inédita, y el sinnúmero de reflexiones que van emergiendo durante la investigación. Ante esta diferencia de lógicas, del proceso de reflexión y del formato de presentación de resultados, y el volumen de información que se procesa hoy en día en una tesis doctoral, aplicaciones informáticas como los editores de texto y sus herramientas, funcionan no solo como máquina de escribir sino como software interlocutor permanente que permite organizar y orientar, la muchas veces caótica y angustiante inmensidad de lecturas, datos, descripciones y reflexiones que simultáneamente se producen durante el desarrollo de una investigación.

Lo que aquí se propone como estrategia de conciliación entre estas dos lógicas, es empezar por el final. Es decir, generalmente la última tarea que es realizada en una investigación es la edición del documento a entregar, sin embargo, la primera actividad en este trabajo de tesis doctoral fue editar un documento Word con la portada, agradecimientos, índices, conclusiones, bibliografía y anexos, así como una jerarquía intuitiva de partes, capítulos y subcapítulos, utilizando las herramientas de generación de índices y mapa del documento. El realizar esta simple actividad justo al inicio de la investigación doctoral tiene varias ventajas. Primero, el índice y el mapa del

---

<sup>31</sup> Este programa permite crear grupos de archivos PDF organizados en relación a un mismo tema, y leer uno por uno asignando categorías a los extractos sobre los que se tiene interés. Luego el programa genera un archivo en Word, que incluye las categorías y extractos transversales a los textos leídos en el grupo temático.

documento, en constante movimiento y a manera de mapa conceptual, son los interlocutores que reflejan cómo la investigación va tomando cuerpo lineal a medida que avanza en el tiempo la reflexión no lineal. Segundo, este único documento editado funciona como libreta general de campo, en el sentido de que si se están analizando lecturas y/o datos empíricos, todas las anotaciones sobre intuiciones o aspectos a indagar que van surgiendo, se incluyen directamente en el mismo documento final, bien sea en la introducción, conclusiones, bibliografía, anexos o demás capítulos del texto. Tercero, escribir sobre un único documento de trabajo ya editado hace que éste sirva como recipiente contenedor del proceso abstracto de reflexión, donde el número de páginas funciona como control físico que guía el balance general de extensión que debe tener el documento y sus diferentes partes. Además, nunca se deja de trabajar porque si de pronto no es el día para redactar, siempre hay otras actividades que hacer en el documento. Por último, cumple funciones motivacionales al tener desde el comienzo y en estadios más avanzados, un documento completo y editado que siempre se puede leer con sentido desde los agradecimientos a los anexos, lo cual permite tanto a quien investiga como a quien dirige, esbozar permanentemente una idea general de hacia dónde va el proceso de investigación y cómo está articulado entre sus partes.

## **Profesiones, medicina y movilidad**

---

A continuación se expone la perspectiva teórica desde las profesiones en general, para luego analizar desde ese marco las especificidades de la medicina ejercida en contextos neoliberales (capítulo 2), y de movilidad internacional profundizando en la movilidad médica de Latinoamérica hacia España (capítulo 3).

---





## **2. Profesiones y medicina**

A la luz de los estudios de las profesiones conceptualizados desde la epistemología de la modernidad, este capítulo expone la relación entre las profesiones y la medicina. En este orden de ideas, primero se plantean las características que definen las profesiones en general en torno al monopolio corporativista, el credencialismo, así como sus privilegios, y estatus social y económico. Con base en estas características constitutivas, desde una mirada histórica, se recorren los cambios en el ejercicio profesional durante el siglo XX hasta la implementación de las políticas neoliberales en las décadas setenta y ochenta del mismo siglo, políticas que configuran estructuralmente el ejercicio contemporáneo de las profesiones. Para, finalmente, en este contexto, analizar la conformación de la clase de servicios de profesionales, y las implicaciones que presenta en cuanto a la movilidad social ascendente para algunos grupos subalternizados de Latinoamérica. A partir de este marco general de las profesiones, se destacan algunas dinámicas contemporáneas de la profesión médica relevantes para la investigación. Por una parte, la transformación de la práctica médica en el contexto de los sistemas sanitarios neoliberales, y el correspondiente cuestionamiento al profesionalismo médico tradicional. Y de otra, el ingreso de las mujeres que pueden asumir el costo de esta carrera, como único grupo social subalterno que accede masivamente a esta profesión, así como las especificidades que emergen de la práctica de la medicina en Latinoamérica.

### **Profesiones como institución social de la modernidad**

Desde el ejercicio de las profesiones en Gran Bretaña y Estados Unidos en el siglo XIX, caracterizado por la práctica privada de unos pocos hombres altruistas, dotados de privilegios y estatus social y económico por la importancia de su labor en la sociedad, las profesiones en general enfrentan hoy en día cambios relacionados con la práctica profesional regida por los mercados neoliberales. Con el fin de dar explicación a este tránsito, se presentan como primera medida, las perspectivas sociológicas de análisis desde las cuales se abordan las profesiones, para con base en estos enfoques, introducir los atributos constitutivos de las profesiones modernas, los cambios que han experimentado desde el siglo XX, así como el surgimiento de una clase de servicios conformada por personas

profesionales que han podido acceder a estudios universitarios, haciendo especial énfasis en la situación en Latinoamérica.

### **Corporativismo, credencialismo y privilegios profesionales**

Históricamente las ocupaciones<sup>32</sup> han asimilado los cambios en la división del trabajo, reflejando las variaciones en las actividades que la sociedad occidental va demandando: aquellas que desaparecen como los mozos de cuadra, las que se mantienen como la medicina, y las nuevas como la ingeniería de software. Asimismo, la división del trabajo como sistema de clasificación distingue entre las ocupaciones de expertas-os denominadas profesiones y el resto de ocupaciones, a través de los procesos de profesionalización (adquisición de características profesionales) y profesionalismo (cualidades y valores profesionales) (Vries et. al, 2009). Las profesiones no fueron objeto de estudio sistemático de la sociología hasta los años treinta, con Parsons en Estados Unidos y en Gran Bretaña con Carr-Saunders y Wilson. Estos autores tomaron el ejercicio del derecho y la medicina durante el siglo XIX en ambos países, como casos paradigmáticos para identificar las cualidades constitutivas del tipo ideal de profesión (Sciulli, 2005, 2007; Hughes, 1960; Parsons, 1939; Freidson, 2001; Evetts, 2006a; Ben-David, 1964). No obstante, fue la medicina la profesión que logró mucho más poder e influencia, convirtiéndose en el modelo de profesionalización y profesionalismo a seguir por otras ocupaciones que deseaban obtener el mismo estatus y privilegio (Ben-David, 1964).

Desde los inicios de los estudios de las profesiones se pueden identificar tres etapas, que corresponden a su vez a tres perspectivas de análisis de las profesiones y los procesos de profesionalización y profesionalismo (Sciulli, 2005):

- *Díada funcionalista: cualidades esenciales, consecuencias distintivas.* Desarrollada en los años treinta hasta la década del setenta por sociólogos anglo-estadounidenses, cuyo trabajo estaba centrado en identificar las cualidades esenciales de las profesiones. Liderados por Parsons, se basaron principalmente en la caracterización del trabajo profesional como racional y altruista, así como en reafirmar dos de los postulados parsonianos: i) las profesiones y sus organizaciones son distintas a otras ocupaciones de la clase media, y ii) la existencia de las profesiones en la sociedad occidental soporta en gran parte el orden y el cambio social.

---

<sup>32</sup> Según Freidson “ocupación es un término usado para identificar un sistema de clasificación que ayuda a dar sentido y a organizar el mundo del trabajo” (en de Vries, Dingwall y Orfali, 2009: 556).

- *Tríada Revisionista: ocupaciones de expertas-os, monopolio innecesario y ámbito de aplicación limitado.* Durante los años setenta también sociólogos anglo-estadounidenses, adoptaron una postura revisionista del enfoque funcionalista de Parsons. Desde esta perspectiva se considera que las profesiones son simples ocupaciones de expertas-os, que mantienen monopolios bien controlados y estructuralmente innecesarios en el mercado laboral, confiriendo a las-os profesionales una estructura de privilegio con ingresos inflados y gratificaciones gratuitas de estatus, que generan jerarquías ocupacionales e inequidades socioeconómicas. Consideran asimismo, que estos monopolios son una fuerza perversa y no saludable de la sociedad, con consecuencias en el campo del orden ocupacional y del sistema de estratificación laboral y social.
- *Síntesis continental: De la burguesía educada a la-os profesionales.* Surge a finales de los años ochenta desde la Europa continental y junto a la tríada revisionista anglo-estadounidense, son los enfoques teóricos que se siguen desarrollando hasta hoy en día. Esta corriente trata de sintetizar algunos elementos del enfoque anglo-estadounidense de las profesiones, con el enfoque de las clases medias con formación universitaria europeas. Proponen que no hay un tipo ideal de profesión, y que existen construcciones teóricas y empíricas diferentes tanto en el contexto anglo-estadounidense como en la Europa continental. Mientras que en el primero, el análisis se centra en las profesiones como estructura de privilegios, en el segundo, como las ocupaciones de expertas-os de la clase media<sup>33</sup>.

Debido a estas diferencias de enfoque, no se ha podido llegar de forma empírica a identificar las cualidades constitutivas esenciales de las profesiones (Evetts, 2006a). Sin embargo, los estudios en este campo proponen unas características fundamentales, mediante las cuales se concreta el proceso de profesionalización, es decir, cuando una ocupación se diferencia de las otras y adquiere el rol social de profesión (Sciulli, 2005, 2007; Hughes, 1960; Parsons, 1939; Freidson, 2001; Evetts, 2006a; Ben-David, 1964). Primero, el establecimiento de un monopolio corporativista en el mercado laboral, al tener la exclusiva competencia de la prestación de servicios expertos, así como el control de la formación, del desarrollo científico y tecnológico, y de la práctica profesional a través de las licencias para ejercer. Además, asume la responsabilidad del diseño institucional que es inherente a su gobierno, regulación, defensa de intereses y práctica en formas asociativas de colegios, con autorregulación y autonomía en el

---

<sup>33</sup> En la Europa continental puede ser enfocado desde el concepto de *disciplina* de Foucault y la noción de *campo* de Bourdieu, en el sentido que éstos son equiparables al concepto sociológico de profesión (Goldstein, 1984).

ejercicio de sus actividades, libre del control del Estado, los clientes u otras instituciones. De esta forma, las-os profesionales ocupan posiciones de poder, confianza y discreción, relegando a sus clientes a relaciones de dependencia, vulnerabilidad y aprensión, en medio de las cuales las profesiones toman la responsabilidad del logro del bienestar del cliente y de su comunidad. Segundo, el carácter credencialista como sistema de control de entrada a la profesión y al monopolio, mediante la certificación de la formación y entrenamiento escolarizado a través de exámenes, diplomas y títulos. Asimismo, las capacidades y conocimientos obtenidos son evaluados de forma científica, académica y sistemática, y cada vez son más estandarizados para servir de pasaporte profesional en el actual mercado de trabajo internacional. Tercero, tanto el monopolio corporativista y su carácter credencialista dotan y garantizan a las profesiones de estatus y privilegios sociales y económicos, que les permiten mantener su alta posición en la estructura jerárquica de la división del trabajo. Estos privilegios están representados en reconocimientos tanto materiales como simbólicos, vinculados a la competencia ocupacional, a la ética de trabajo, y a la creencia contemporánea que sus servicios expertos son de especial importancia para la sociedad y el bien común.

### **Cambios en el ejercicio profesional**

Actualmente las profesiones mantienen las características de monopolio corporativista, credencialismo, así como los privilegios y estatus social y económico. Sin embargo, a lo largo del siglo XX dos momentos históricos marcan profundas transformaciones en el ejercicio de las profesiones, los cuales configuran el tránsito de la práctica profesional a cargo de unos pocos hombres con alto estatus social y económico, a la masificación y disminución de estatus de las profesiones de hoy en día. El primero de ellos ocurre a mediados del siglo XX, cuando se evidencia el surgimiento de un nuevo estilo de desempeño profesional: la tendencia de muchas-os profesionales, de las antiguas y nuevas profesiones, a trabajar en empresas, organizaciones y corporaciones como empleadas-os (Hughes, 1960). En esta nueva condición, las-os profesionales encuentran un medio favorable al cual se ajustan adecuadamente por su formación vocacional adquirida en el masivo proceso académico, a la vez, que cuentan con el respaldo que estas burocracias dan a su ejercicio profesional en lo concerniente a la búsqueda de clientes, la infraestructura para la prestación de los servicios profesionales y los cuantiosos costos generados por malas prácticas y negligencia (Rodríguez y Guillén, 1992). Sin embargo, el ingreso masivo de las-os profesionales a estos complejos burocráticos, tanto privados como públicos, ha incidido en la proletarización de las profesiones mediante una rígida división del trabajo, reducción del campo de experticia a unos mínimos con el proceso de especialización, intensificación del

volumen de las tareas profesionales, y rutinización y estandarización de tareas de alto nivel (Burris, 1993; Hughes, 1960). De otra parte, ha evidenciado problemas de código profesional en el sentido de a quién se le es leal: al cliente, al Estado o a la empresa (Hughes, 1960).

Con las-os profesionales ejerciendo como empleadas-os, el segundo momento histórico que marca un cambio en las profesiones se produce en la década de los ochenta, con el auge de la gestión de las empresas y corporaciones bajo la lógica de la racionalidad neoliberal. Según Leicht et al. (2009) este cambio surge, entre otras cosas, por la necesidad de gestionar con criterios de maximización de la rentabilidad el cada vez mayor tamaño de las empresas y lo que representaba uno de los mayores rubros de gasto: los costos de personal, tales como salarios y servicios médicos. Sin embargo, las-os autores explicitan que estos cambios han tomado diferentes formas dependiendo del contexto geográfico en el cual se desarrolla. En el caso europeo y debido al mayor desarrollo del aparato estatal se implementó una nueva administración pública, que ha sido responsable en parte de la crisis de confianza en los grupos profesionales. Este tipo de administración está caracterizada por la división de las grandes instituciones burocráticas en unidades más pequeñas, por atomizar a las-os clientes que están sujetos a la competencia de proveedores públicos o privados, y por generar incentivos monetarios por rendimiento a través de indicadores de productividad cuantificables, con un impacto bastante negativo para los grupos profesionales. De otra parte, el caso de Estados Unidos es mucho más extremo porque ha sometido el trabajo profesional a los incentivos del mercado con el crecimiento de las empresas de consultoría, que son vistas como el camino para acceder a los puestos de alta dirección de las grandes corporaciones globalizadas. Así como también, para el caso estadounidense, ha reemplazado en parte el autogobierno de las profesiones por regulación externa vía programas de evaluación y guías de supervisión (Pfadenhauer, 2006). No obstante, lo paradójico en este periodo es que muchas ocupaciones que anhelan adquirir los privilegios sociales y económicos de antaño buscan profesionalizarse, aunque la tendencia general del mercado es ir hacia la desprofesionalización y la sumisión a los valores del mercado neoliberal (Champy, 2006).

Estas transformaciones en la práctica profesional influyen en el concepto de profesionalismo, el cual ha variado a lo largo del siglo XX hasta nuestros días. Siguiendo el desarrollo histórico propuesto por Evetts (2006b), en las primeras décadas del siglo XX teóricos británicos centraron sus análisis en el concepto del profesionalismo como una serie de valores que incluyen la cooperación, el empleo colegiado y las relaciones de confianza basadas en las competencias profesionales. Para las décadas cincuenta y sesenta, investigadores anglo-estadounidenses trabajan el concepto de profesión, como una clase particular de ocupación o institución

con unas características especiales. En las décadas setenta y ochenta el foco es puesto en el proceso de profesionalización como mecanismo de cierre de mercados profesionales, especialmente de derecho y medicina, que les permitía constituir monopolios para promover y ejercer su profesión en el marco de sus intereses en términos de salario, poder y estatus. Para la década de los noventa, es retomado el análisis del profesionalismo y la confianza, así como sus aspectos negativos y positivos tanto para las/os clientes como para la sociedad en su conjunto. La autora argumenta que si a mediados del siglo pasado el profesionalismo era definido como un conjunto de valores tales como el dominio y propiedad de un área de conocimiento, las relaciones de confianza y la autonomía en la práctica profesional, hoy en día está gobernado por la lógica de los mercados neoliberales.

En este contexto, el profesionalismo está definido por los valores de las corporaciones en lugar de los valores de la profesión, se ejerce un control burocrático y jerárquico en lugar de las relaciones colegiales y de generación de confianza, se define el cumplimiento de objetivos y la rendición de cuentas como estandarización de las prácticas de trabajo, regulariza la interacción entre cliente y profesional mediante tiempos limitados e indicadores de gestión, y controla la autonomía y discreción de las/os profesionales a través de restricciones presupuestales. En este sentido, el profesionalismo actualmente es un mecanismo de orden y control social, que en la lógica del mercado neoliberal es operado vía discursos adoptados y utilizados por las empresas y corporaciones a través de las/os profesionales tanto en los niveles macro, meso y micro. Asimismo, con base en el concepto foucaultiano de normalización, el profesionalismo actúa como un mecanismo de disciplina cuyo discurso sirve para inculcar identidades apropiadas, así como conductas y prácticas de trabajo. Este mecanismo de disciplinamiento a través del profesionalismo, dota de autonomía a la práctica profesional en una red de rendición de cuentas que gobierna la conducta profesional a distancia, y a su vez, supone también la reproducción y aceptación de la autoridad del profesional experta-o por parte de la sociedad (Fournier en Evetts, 2006b).

Sin embargo, en este escenario de la gestión de los mercados neoliberales, el discurso del profesionalismo enfrenta cuestionamientos relacionados con la disminución de la confianza en las profesiones, los cambios en las actitudes de las/os clientes, y la entrada masiva de las mujeres a la formación profesional. En relación a los problemas de confianza, se reconoce que el desarrollo científico y tecnológico es un común denominador de lo que significa profesionalismo, pero se pone en duda que la integridad profesional vaya a la par con la integridad de la producción tecnológica (Olgati, 2006). Asimismo, la confianza en algunas profesiones ha disminuido en la misma proporción que han aumentado las

reclamaciones por negligencia profesional y la exigencia de la rendición pública de cuentas. No obstante, lo que resulta paradójico es que el profesionalismo está siendo puesto en cuestión no por los problemas inherentes a las profesiones, sino por las sospechas que crea la comercialización de la búsqueda y resultados científicos y por la aplicación de la lógica del mercado neoliberal a las/os profesionales (di Luzio, 2006). Con respecto a las/os clientes, se ha evidenciado un incipiente cambio en la relación profesional/cliente, enmarcado en un contexto general de emancipación de las personas y de crisis de credibilidad de las instituciones (Dubet, 2006). Algunas/os clientes, según Pfadenhauer (2006), han pasado de una actitud de ingenua aceptación a una de reflexiva aceptación, lo que ha generado la creciente formación de movimientos sociales críticos con el quehacer profesional. En el mismo sentido y a nivel individual, la decisión de cooperar o no con la/el profesional, se toma sobre la plena conciencia de que no hay otra alternativa de conocimiento experto. No obstante, la autora señala que también se pueden encontrar profesionales reflexivas/os, que se distancian de las actitudes tradiciones de normativa y cognitiva superioridad occidental que es promulgada desde los colegios profesionales.

Por último, con la entrada masiva de las mujeres a la formación profesional, se ha puesto en relevancia que los procesos de profesionalización y profesionalismo se siguen construyendo en torno a la subjetividad de los hombres, al tomar como profesiones paradigmáticas aquellas cuyos atributos valorativos y cultura profesional han sido históricamente masculinos como la medicina, el derecho, o la ingeniería (Witz, 1992). De esta forma, hoy en día las mujeres se enfrentan a la formación y al ejercicio profesional en marcos valorativos, estructuras empresariales y mercados laborales que favorecen las subjetividades masculinas. Situación que encaja difícilmente en las cada vez más profesiones con una participación mayoritaria de mujeres (Davies en Evetts, 2006b).

## **Profesionales como clase social**

Ahora bien, históricamente los estudios sociológicos han llamado la atención sobre los roles y significados que las profesiones han tenido en la constitución de las sociedades modernas. Es así como Weber examinó el desarrollo de la racionalidad en occidente a través del mercado, la burocracia y las profesiones (Ritzer, 1975); Durkheim se refirió a los grupos ocupacionales como los órganos de control principal (Hughes, 1960) estableciendo una relación entre éstos y el orden social (Jacobs y Tomes, 1982); y Parsons confirió a las profesiones parte del entendimiento de la estructura social, al considerar que las más importantes características de la



sociedad son, en gran medida, dependientes del funcionamiento de las profesiones (Parsons, 1939). No obstante, es a finales de la primera mitad del siglo XX que la aproximación macrosociológica de los estudios de las profesiones, busca establecer el lugar de éstas en un orden social determinado por el sistema de clases visto en términos marxistas o weberianos, indagando cómo la emergencia de este nuevo grupo social de profesionales afectaría esta clasificación hasta ahora compuesta por burgueses, obreros y campesinos (Ben-David, 1964).

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX el sistema de clases tradicional se vería influenciado por los cambios en el perfil y estructura de la fuerza laboral originados por el crecimiento del empleo de cuello blanco, la expansión del sistema formal de educación universitaria, la transición de la manufactura a los servicios, el desarrollo de nuevas tecnologías de trabajo, y a finales de siglo por los programas neoliberales de reforma estructural. En este contexto, por muchos años la distinción clase trabajadora y clase media era sinónimo de la división entre trabajo manual y trabajo de cuello blanco, sin embargo, en esta última categoría se podía incluir personas empleadas de oficina, la alta dirección y los grupos profesionales, heterogeneidad que complicaba los intentos de definir una posición de clase objetiva (Marks y Baldry, 2009). Como respuesta a este problema de clasificación, Goldthorpe propone una nueva clase compuesta por profesionales y empleadas-os de gerencia, la cual está estructuralmente orientada a moverse más hacia el conflicto que hacia la cooperación con la clase obrera, aunque comparten la exclusión de la propiedad y el control de los medios de producción. Sin embargo, por sus características definitorias (ejercicio de autoridad, conocimiento especializado, desarrollo de tareas y roles con autonomía, y condiciones de trabajo mucho más aventajadas), pertenecen a una clase privilegiada que usará todos los recursos superiores que posee para preservar su posición de poder y estatus social (Goldthorpe, 1982). Asimismo, hablar de profesiones y profesionales implica reconocer el papel histórico que las universidades han desempeñado en el surgimiento y consolidación de esta clase social de la modernidad. En este sentido, las universidades con su función de formación profesional son uno de los pilares del proceso de modernización, ya que la sociedad moderna exige la acreditación de la maestría profesional (Delanty, 2008).

En la actualidad, la clase de profesionales enfrenta dos fenómenos opuestos. Por una parte, la clase de servicios y en particular las personas profesionales son primero, cuestionadas por la hegemonía del poder y conocimiento de occidente respecto a otras dinámicas locales; y segundo, están llamadas a responder al interrogante de cómo el grupo social con la máxima acumulación de poder y conocimiento puede garantizar con su autogobierno, la rendición pública de cuentas que la sociedad en general le está demandando (Olgiati, 2006). No obstante, al mismo tiempo que existe

un problema de confianza frente a la clase de profesionales, es el objetivo de muchos grupos sociales no privilegiados que aspiran a los privilegios simbólicos y materiales que otorgan las profesiones. Este proceso de movilidad social puede ser colectivo mediante el esfuerzo de profesionalización de una ocupación organizada, así como individual al acceder a una universidad y cursar una profesión. En este caso, la proliferación de instituciones educativas ha permitido un proceso de movilidad social para algunas/os integrantes de los grupos sociales más desfavorecidos (personas en pobreza, mujeres, y grupos étnicos/raciales), que pueden, bien sea con recursos propios o públicos, acceder a la educación universitaria (Marks y Baldry, 2009). Sin embargo, esto ha hecho que haya un número cada vez mayor de ocupaciones que aspiran al prestigio y los privilegios de las profesiones, y un gran número de personas intentando mejorar su suerte entrando a ciertas profesiones en un mercado laboral cada vez más adverso e inseguro (Hughes, 1960).

### **Movilidad social y profesiones en Latinoamérica**

Como se ha mencionado, si bien el estudiar una carrera profesional y ejercerla en el mercado laboral posibilita el mantener o adquirir estatus social y económico, y por ende, una posición privilegiada en la jerarquía social, este proceso de movilidad ascendente no es de carácter masificado ni universal. En el caso de Latinoamérica, una de las regiones más desiguales del mundo, los grupos sociales como las personas en situación de pobreza, las comunidades étnicas, y las mujeres especialmente pobres y étnicas, no pueden en general acceder a la educación universitaria. En el marco del sistema colonial/moderno, la clasificación y jerarquización social por criterios raciales y de género ha generado que de modo constante y mayoritariamente para las/os afrodescendientes e indígenas los indicadores sociales sean peores que los de blancos, los de las mujeres peores que los de los hombres, y los de personas empobrecidas peores que los de aquellas que acumulan capitales. Al respecto, estudios cuantitativos revelan que las variables raza, color de piel o etnia son significativas en índices de calidad de vida, acceso a la educación, esperanza de vida, segregación espacial e inserción laboral (Gil, 2010). Para el caso de los pueblos indígenas, las tasas de pobreza no han presentado grandes cambios, y en general, se encuentran siempre bajo la línea de pobreza, en tal magnitud que el ser indígena incrementa la probabilidad de ser pobre (Hall y Patrinos 2005, en López et al., 2007). De la misma forma, hasta hoy en día las diferencias se perpetúan en las profesiones y los oficios que se ocupaban en el pasado, como es el caso de las carreras que ofrecen mayor prestigio (medicina, ingenierías, ciencias económicas, odontología, derecho), que mantienen las dinámicas

de exclusión históricas tanto en el acceso, permanencia y titulación<sup>34</sup>. En este sentido, el análisis de las profesiones en relación con la movilidad social requiere considerar esas diferencias, ya que la segregación por raza/etnia, clase y género de las carreras universitarias contribuye a la reproducción social del estatus diferenciado (Gil, 2010).

En este contexto de desigualdad, la formación universitaria se convierte en uno de los principales canales de movilidad social en Latinoamérica, la cual puede darse de manera individual o como política desde los Estados. En cuanto a la primera, se trata de estudiantes y sus familias que tienen recursos económicos por encima del nivel medio de sus comunidades con los cuales acceden a la universidad, inclusive en momentos en los que no existía normatividad que reconociera derechos de estas poblaciones menos privilegiadas (Caicedo y Castillo, 2008). Desde los Estados, se asigna prioridad a alcanzar una mayor igualdad de oportunidades educativas prestando especial atención a los sectores que evidencian mayor rezago en el acceso a la educación (Díaz-Romero, 2006), aunque como política pública de movilidad social resulta aún insuficiente para reparar los efectos de siglos de racismo y sexismo (Mato, 2012b). No obstante la implementación de estas políticas de gobierno, la desigualdad más significativa en el sistema educativo moderno en Latinoamérica ocurre en el acceso a la enseñanza superior (Rosemberg, 2004). Si bien la brecha educativa se ha ido corrigiendo de manera relativa con el ingreso de algunas mujeres y de personas de clases bajas a las profesiones, es en los pueblos indígenas y afrodescendientes donde esta situación sigue siendo crítica (López et al., 2007; Mato, 2012b). Estas características de exclusión del sistema universitario en Latinoamérica se deben, en parte, a una cobertura cada vez más restrictiva en los niveles medio y superior, así como a reformas que no han modificado de forma sustancial el carácter elitista de la educación universitaria (Sverdlick et al., 2005).

En este sentido, a las universidades públicas, que son gratuitas y se consideran de mejor calidad que las privadas, mayoritariamente logran acceder las/os estudiantes de las clases altas y medias, que paradójicamente realizan la enseñanza elemental y media en el sistema privado que ofrece mayor competitividad que el público (Rosemberg, 2004). Por el contrario, en lugar de ampliar la oferta de instituciones públicas para garantizar el acceso de los grupos excluidos, los gobiernos por motivos tanto políticos

---

<sup>34</sup> La diferenciación histórica en las profesiones está tan incorporada en el imaginario y sentido común de la gente, que en el caso de Colombia, segundo país con población afrodescendiente de Latinoamérica, cuando se adaptó la serie de televisión estadounidense *Grey's Anatomy* fueron sustraídos las/os médicas/os negras/os que tienen un rol principal en la serie original, argumentando, entre otras cosas, que en Colombia no había muchas/os médicas/os negras/os. Sin embargo, este acto de discriminación racista es llamativo si se tiene en cuenta que las profesiones liberales, incluida la medicina, han sido fundamentales en el proceso de ascenso social de familias negras (e indígenas) en este país en particular y en Latinoamérica en general (Gil, 2010).

como económicos, desregularizaron la educación promoviendo el surgimiento y expansión de las instituciones universitarias privadas, y dentro de estas, la educación como negocio (Rama, 2005). De la misma forma, las demandas de internacionalización impuestas por la globalización neoliberal como metas para la educación superior latinoamericana, convierte el acceso y permanencia de estos grupos en una situación que poco interesa ampliar o fortalecer, profundizando así la brecha de desigualdad social (Yuni et al., 2014).

Si bien la educación superior en Latinoamérica tiene un carácter excluyente en una región de desigualdades sociales, el proceso de acceso a la universidad funciona como mecanismo último de cribado, ya que el sistema educativo ha evaluado previamente a un conjunto de personas sobre un universo que ya pasó por fuertes procesos de selección social y educativa, ya sea en el nivel medio o bien en el paso de este nivel a la universidad, y no solamente en el momento de ingreso a la misma (Sverdllick et al., 2005). Es decir, aunque estas evaluaciones parecen basarse en méritos individuales, terminan por ser más bien el reflejo de las diferencias derivadas de trayectorias educativas y entornos socioculturales desiguales, situación en la que termina predominando la desigualdad en el origen, en lugar del mérito (Díaz-Romero, 2006). Para garantizar el acceso de las personas excluidas por el sistema educativo, los Estados asumen estrategias de discriminación positiva o acción afirmativa, las cuales promueven la inclusión para los grupos que históricamente no han tenido oportunidades para vincularse a las estructuras políticas, educativas y productivas de las sociedades modernas (Caicedo y Castillo, 2008). En Latinoamérica, las modalidades implementadas, entre otras, son la creación de aulas específicas y/o cursos preparatorios y de refuerzo para mejorar la competitividad en los exámenes de ingreso; becas para el acceso y la permanencia en la enseñanza superior; y cupos destinados en las instituciones de enseñanza superior, aunque se recomienda mejorar el acceso a centros de elite en lugar de instituciones privadas de baja calidad y costo (Rosemberg, 2004). También está contemplado el financiamiento a programas focalizados en determinados grupos a través de la cooperación internacional (López et al., 2007); así como la creación de instituciones interculturales<sup>35</sup> que contemplen el diálogo entre los saberes disciplinares y los saberes étnicos (Mato, 2012b).

---

<sup>35</sup> Existe una diferencia entre interculturalidad y multiculturalidad. El primer concepto, se propuso y es utilizado en Latinoamérica desde los años setenta como lucha contra la uniformidad y homogeneidad impuesta por la modernidad que niega la diversidad étnica/racial en la región. Por el contrario, la multiculturalidad es un concepto que llegó desde Euro-Norteamérica a la luz del pensamiento liberal de la modernidad (López et al., 2007). De esta forma, las universidades interculturales son aquellas cuyos planes de estudio incluyen los saberes, lenguas, historias y visiones de mundo de pueblos indígenas y afrodescendientes de Latinoamérica (Mato, 2012a).

Sin embargo, a pesar de los avances en el acceso a través de los cupos de discriminación positiva, las universidades no han desarrollado programas que garanticen la permanencia y el éxito académico. Logros que dependen en gran medida de la configuración situacional del entramado de marcadores de exclusión que atraviesan a estos grupos subalternizados (Yuni et al., 2014). En este sentido, las/os estudiantes que históricamente no acceden al sistema universitario en Latinoamérica, cuando lo hacen enfrentan situaciones hostiles a lo largo de los años de formación profesional. Por una parte, el insertarse en el sistema educativo, generalmente urbano, representa abandonar las familias, comunidades y costumbres, haciendo que por puro esfuerzo individual y sin mayores redes de apoyo, logren sobrevivir a las duras exigencias académicas y culturales del mundo universitario (Caicedo y Castillo, 2008). De otra parte, ingresan a universidades que en tanto invención moderna, son espacios de exclusión de la diversidad ya que sus fundamentos epistémicos, pedagógicos y culturales se fundamentan en la colonialidad del saber, es decir, la socialización de los valores y conocimientos monoculturales del hombre, blanco, de clase alta, eurocéntrico occidental (López et al., 2007). Conocimientos y valores que al no ser los propios, les invisibiliza y les expone a prejuicios y discriminación de carácter racista, clasista y sexista que les sitúa como menos talentosas/os y exitosas/os en el ámbito académico (Díaz-Romero, 2006).

No obstante, para estas/os estudiantes de grupos subalternizados al haber sido formadas/os en el sistema-mundo colonial/moderno, les permite, por una parte, acceder a un proceso de movilidad social ascendente, y por tanto, pertenecer a la clase de profesionales con el estatus social y económico que esto representa. Asimismo, el ejercicio de la profesión funciona tanto como un mecanismo de blanqueamiento<sup>36</sup> que merma el impacto de la discriminación y exclusión, como espacio de ejercicio de la modernidad como característica de las nuevas clases medias indígenas, afrodescendientes, y emergentes latinoamericanas (Gil, 2010). Y de otra parte, posibilita el asumir posturas críticas, bien sea desde la academia y los movimientos sociales, de descolonización del conocimiento impartido en los sistemas educativos de Latinoamérica (López et al., 2007), exigiendo el reconocimiento de los saberes y formas de estar en el mundo de lo que la modernidad ha relegado como subalternidad: mujeres, personas en situación de pobreza, diversidades étnica/racial, funcional y sexual, entre otras, así como sus múltiples intersecciones.

---

<sup>36</sup> El concepto de 'blanqueamiento' es propuesto desde los estudios sobre relaciones raciales. Hace referencia al proceso de ascender en el orden de clase adquiriendo 'lo blanco' al tiempo que se rechaza 'lo negro'. Por ejemplo, 'lo blanco' en el sistema-mundo colonial/moderno se identifica con el poder, la moda, y el buen comer, entre muchos atributos enclasantes. Cuando personas 'no blancas' asumen esas características se untan de algo que no le es propio, pasando por un proceso de blanqueamiento, es decir, el acercamiento a 'lo blanco' como ideal de la modernidad (Gil, 2010).

## **Dinámicas contemporáneas de la medicina**

La medicina al ser una de las profesiones paradigmáticas de estudio sociológico, comparte las características constitutivas de monopolio corporativista, credencialismo y privilegios sociales de las profesiones en general, así como las transformaciones en la práctica profesional, y los procesos de conformación, exclusión/inclusión social, y movilidad ascendente de la clase de profesionales, expuestas anteriormente. Con base en este marco teórico, a continuación se analizan algunas dinámicas contemporáneas de la profesión médica de especial interés para la investigación. Primero, las especificidades de esta profesión en el contexto de los sistemas sanitarios neoliberales como único mercado en el que es posible ejercer la medicina, y por ende, los correspondientes cuestionamientos al concepto tradicional de profesionalismo médico bajo esta lógica de mercado. Luego, se profundiza en aquellas mujeres que pueden asumir los costos de la realización y ejercicio de esta carrera universitaria, como único grupo social que ha logrado acceder de forma masiva a esta profesión. Para, por último, exponer las particularidades de la medicina en Latinoamérica, en tanto las representaciones que desde la región se construyen sobre la medicina social, como las prácticas tradicionales de los pueblos étnicos latinoamericanos.

### **Práctica médica en los sistemas sanitarios neoliberales**

Uno de los elementos estructurales que influye en las profesiones en general, es su actual ejercicio en los mercados laborales neoliberales. Para el caso de la medicina, la práctica de la profesión enfrenta significativas transformaciones cuando los Estados hacen la transición de sistemas sanitarios públicos a sistemas sanitarios neoliberales desde la década de los ochenta del siglo pasado, como estrategia de control del gasto asignado a salud. Esta transición de sistemas, según Correia (2012) se caracteriza principalmente por dos aspectos. Primero, por un cambio en la gestión de la salud de lo nacional a lo global, en donde los actores claves en el diseño de las políticas ya no son los Estados sino los mercados globalizados neoliberales, y sus instituciones y corporaciones transnacionales. En segundo lugar, la financiación pasa de una relación de participación entre lo público y privado a una de competencia, en la que la prestación de servicios de salud por parte de lo privado es cada vez mayor que lo cubierto por lo público. En este contexto, los Sistemas Sanitarios Neoliberales -SSN-, regidos bajo políticas de privatización, desregularización, financiarización y racionalización de la eficiencia en la administración de los recursos asignados al sector salud, tienen un gobierno compuesto principalmente por cuatro actores claves (Cockerham y Cockerham, 2010):

- Los organismos multilaterales encabezados por la Organización Mundial de la Salud, quien desempeña un papel de liderazgo en las políticas de prestación de salud a nivel global. Protagonismo que últimamente comparte con el Banco Mundial, institución que se ha visto altamente involucrada por su rol en la promoción del desarrollo económico a través de estrategias en el campo de la salud. De la misma forma, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio tienen una gran influencia al exigir la implementación de las políticas económicas neoliberales en materia de salud.
- Las transnacionales farmacéuticas, de seguros de salud y de desarrollo e investigación médica como proveedores de medicamentos, de medicina privada, y de tecnología, respectivamente. Estas corporaciones con ánimo de lucro han sido actores determinantes en el proceso de gobierno de los SSN, al estar relacionados directamente con las desigualdades en el acceso a servicios de salud.
- Los Estados de las sociedades occidentales como responsables de la organización y prestación de servicios de salud a nivel local.
- Las organizaciones no gubernamentales -ONG- que representan a la sociedad civil. Aunque han logrado algunos éxitos en la promoción de cambios en las políticas de salud, tienen limitada su influencia debido a la relación de poder asimétrica con respecto a los otros tres actores.

Como es de esperar en la lógica neoliberal, en el gobierno de los SSN se concentra cada vez más el poder en los organismos multilaterales y las corporaciones transnacionales en detrimento de los Estados. Asimismo, se asume ya el continuado debilitamiento del poder de los sindicatos, colegios, asociaciones médicas y ONGs. Los organismos multilaterales y las corporaciones transnacionales tienen un papel relevante en la salud pública debido a su influencia en la formulación de políticas con efectos contrarios a los intereses de la población (Hernández y Lumbreras, 2014). En este sentido, las/os autores afirman que tienen su ámbito de actuación principalmente en campos como la ciencia, la tecnología, la formación académica, la política y como formadores de opinión pública, como lo explican a continuación. En el caso de la ciencia a través de la financiación de personal científico e instituciones, colaborando con los gobiernos en programas de investigación, a su vez que desprestigian la investigación epidemiológica y de salud pública. La tecnología, la financiación y el desarrollo tecnológico biomédico están en sus manos, haciendo que la medicina dependa cada vez más de la tecnología producida en lugar de las habilidades y conocimientos del/a profesional médica/o. Con respecto a la política, tienen una influencia directa o indirecta sobre el gobierno a través de la financiación de partidos políticos y cuando los altos cargos ya no están gobernando, son captadas/os para hacer parte de sus cuadros directivos. Por último, confunden a la opinión pública como propietarios de los medios

de comunicación y con acciones orientadas a la responsabilidad social corporativa y de carácter filantrópico.

Ahora bien, organismos articulados a la OMS como el European Observatory on Health Systems and Policies -EOHSP- en su informe técnico *The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience* (2006), apunta a que uno de los debates sobre la implementación de las políticas en los sistemas sanitarios se ha llevado a cabo bajo lineamientos generales para su administración a nivel global, y la consideración de diversos contextos de aplicación local. A nivel global, continúa el informe, se diseña un modelo que se basa en la supremacía del mercado neoliberal, las presiones por el mejoramiento de la productividad y eficiencia, la disminución de recursos públicos y la financiarización de éstos, la rápida difusión de formación y tecnologías similares y el uso de prácticas de *benchmarking*. Una vez definido el modelo a nivel global, localmente la tarea se orienta a la adecuación a las características nacionales sociales y culturales. Asimismo, señala que dentro de las múltiples funciones que los sistemas sanitarios locales llevan a cabo bajo los lineamientos del gobierno global, está la concerniente a la administración del mercado laboral y del personal médico, función estratégica por el peso que este rubro tiene en los presupuestos asignados al sector de la salud tanto mundial como estatal, para lo cual, define cuatro factores que inciden en esta gestión: suministro de personal médico, educación y formación, condiciones de trabajo, y seguimiento a la gestión y regulación.

#### *i. Suministro de personal médico*

Uno de los problemas de mayor complejidad que enfrentan los SSN es asegurar de forma eficiente, económica y eficaz la relación entre la demanda de servicios de salud y la oferta de personal médico. La demanda está constituida por las personas que necesitan servicios sanitarios y que se caracteriza para los países empobrecidos por personas sin capacidad de pago en malas condiciones de salud, y en los países enriquecidos, por el envejecimiento de la población, mejores condiciones de salud y altas expectativas frente a los estilos de vida (OMS, 2009). De otra parte, según la OCDE (2008), la oferta está compuesta por el flujo de entrada y salida de profesionales a la fuerza de trabajo médica. En cuanto a los ingresos, están representados por la suma de las/os profesionales de la medicina formados/os en el respectivo país, las/os formados/os en países extranjeros y aquellas/os que han salido temporalmente y retornan nuevamente al ejercicio de la medicina. Con respecto a las salidas que afectan el total de la oferta de personal médico, se pueden encontrar la jubilación, la muerte en servicio, la emigración hacia otros países y las salidas temporales del ejercicio de la medicina.



Adicionalmente, el suministro adecuado no solo tiene que dar cuenta del número suficiente de personal médico, tanto generales y especialistas, sino de su distribución eficiente por región geográfica, por categoría o tipo de trabajo, por especialidad, y entre instituciones públicas y privadas de salud (EOHSP, 2006). Según un estudio de la OCDE (2008), demográficamente en los países de la región OCDE, la composición de la fuerza de trabajo médica ha cambiado en cuanto al género, edad y especialización. En relación con la entrada de mujeres a la medicina, en promedio la proporción de médicas en la fuerza de trabajo se ha incrementado, pasando de un 28.7% en 1990 a un 38.3% en 2005. Por otra parte, en la actualidad una gran proporción la fuerza médica de la OCDE está entre los 50 y 60 años de edad esperando su jubilación para la próxima década. Por último, la relación de médicas-os especialistas con respecto a las-os generales ha cambiado en promedio de 1.5 a 2.0 entre 1990 y 2005. Esta creciente especialización, que va de la mano con el uso extendido de tecnología, puede requerir un gran número de especialistas en hospitales donde es necesario cubrir las 24 horas de servicio con toda la gama de especialidades.

No obstante, el informe del EOHSP (2006) afirma que la planificación de los flujos de entrada y salida de oferta de personal médico así como su eficiente distribución, no es la única herramienta de administración propuesta. Simultáneamente se podrían integrar estrategias tales como la combinación y sustitución de habilidades entre personal sanitario, así como el uso de los avances científicos y de alta tecnología en las prácticas de trabajo, las cuales ofrecen mejores posibilidades para la administración de la fuerza de trabajo médica. Lo que si es fundamental en una eficiente planificación de profesionales médicas-os, continua el informe, es la necesidad de contar con completos y precisos sistemas de información sobre el número real de médicas-os y su distribución en el sistema de salud. Sin embargo, no en todos los países existen estos sistemas de información con lo cual la imagen de las-os profesionales médicas-os sigue siendo incompleta e inexacta.

## *ii. Educación y formación*

La segunda estrategia de gestión que propone el EOHSP (2006) es la educación y formación, proceso que impacta dramáticamente el total de la fuerza de trabajo, debido a la relevancia y los costos que implica el entrenamiento interno de médicas-os. Según la OCDE (2008), la mayoría de países de la región desarrollan controles de la forma *numerus clausus* (número de plazas) y/o limitan el apoyo a la financiación de la educación médica. De esta forma, con la primera estrategia se regula mediante un fuerte proceso de cribado el acceso de las-os candidatas-os más capaces, y a su vez con la segunda, se gestiona el control de gastos en los sistemas

sanitarios y en las facultades de medicina. Aunque para atenuar el impacto en el gasto público, el informe recomienda considerar la reasignación del costo de la formación hacia las-os estudiantes y el sector privado, mediante la imposición de tasas y préstamos bancarios educativos. Asimismo, para mejorar la densidad de las-os médicas-os en las zonas rurales, alejadas y pobres y en algunas especialidades, además de los estímulos financieros, se deben orientar los intereses de las-os estudiantes hacia las especialidades deficitarias y hacia este tipo de zonas, permitiendo también el ingreso de más estudiantes de zonas rurales a las facultades de medicina.

Sin embargo, la función primordial de los SSN en cuanto a la formación de profesionales médicos es mantener a nivel mundial la homogeneidad y estandarización de los conocimientos médicos a través de los programas de carrera y especialidad, y de los protocolos clínicos de la medicina occidental (Allsop et al., 2009). Esta característica según la OIM (2008) facilita la movilidad en un mundo en el que las credenciales profesionales son cada vez más reconocidas a través de las fronteras, especialmente en las zonas donde existen tratados de libre comercio como el área económica europea, y en donde estos programas de carrera comunes han contribuido a la sensación de un médica-o global con credenciales profesionales como pasaporte. De hecho, algunas investigaciones apuntan a que las habilidades de las-os profesionales extranjeras-os, bien sea a causa de su formación y/o ejercicio laboral, ofrecen prácticas médicas competentes en términos culturales en el cuidado de la salud al paciente, independientemente de su origen nacional (Masanet, Hernández-Plaza y Padilla, 2012).

### *iii. Condiciones de trabajo*

Si bien los SSN regulan como parte de su gestión administrativa el suministro de personal médico y la formación del mismo, también intervienen en las condiciones de trabajo mediante la implementación de las políticas de desregularización, control del gasto y flexibilización del mercado laboral médico. En general, estas políticas han traído las mismas consecuencias para las-os médicas-os que para el resto de profesionales y trabajadores, es decir, inestabilidad laboral, precarización de las condiciones de trabajo, pérdidas de derechos laborales y disminución de salarios. Sin embargo, de forma particular, la implementación de estas políticas adicionalmente se refleja en cambios de las condiciones del trabajo médico. Según Hafferty y Light (1995) uno de los cambios de mayor impacto en la práctica de la medicina es el tránsito de la práctica privada con total autonomía en lo administrativo y científico, al ejercicio médico en los SSN bajo mecanismos de efectividad (protocolos de atención, guías de tratamiento y requerimientos para autorización de trámites, etc.), en algunos casos elaboradas por aseguradoras privadas con el pretexto de la reducción de incertidumbre en el desempeño médico. Asimismo, estos

patrones de práctica se volvieron más rutinizados y estandarizados y las evaluaciones de calidad, realizadas anteriormente por colegas, fueron reemplazadas por registros de facturación, reportes de reclamaciones de pacientes y por indicadores de rendimiento médico. De otra parte, los autores anotan que estos cambios orientados a lograr la eficiencia del trabajo médico, pronto influenciaron también la autonomía en la consulta con las/os pacientes. Los SSN imponen el uso de formularios que dictan un específico y limitado número de fármacos disponibles para prescribir, determinan tiempos de consulta más cortos, exigen requerimientos para autorizaciones de procedimientos, así como vinculan el pago a la productividad con el establecimiento de indicadores de eficiencia como el número de clientes (no pacientes) vistos por hora y los ingresos a ser reembolsados por cliente. Igualmente, las decisiones basadas en consideraciones técnicas o científicas son sesgadas por lineamientos institucionales relacionados con la contención de costos y la eficiencia.

En un escenario de contención del gasto se generan también tensiones internas entre profesionales sanitarios, así como se ha propiciado el surgimiento de nuevos perfiles dentro del personal médico. En cuanto al primer aspecto, Plochg et al., (2009) pusieron de relieve las tensiones entre especialistas, médicas/os generales y profesionales de otras ciencias de la salud, al establecer quién es elegible para realizar ciertas actividades clínicas en función de la relación de eficiencia costo/beneficio. La realización de la endoscopia digestiva que ha generado enfrentamientos entre gastroenterólogos/os e internistas con médicas/os generales puede tomarse como ejemplo, así como el conflicto entre médicas/os generales y enfermeras/os profesionales para establecer la realización de ciertos exámenes de diagnóstico. Paradójicamente, para valorar el costo de un procedimiento clínico, la gestión del gasto ha hecho que se midan variables relacionadas con las habilidades técnicas y esfuerzo físico y mental de las/os médicas/os, cuando el trabajo médico era considerado enigmático e incalificable.

Con respecto a los nuevos perfiles en la profesión médica, Hafferty y Light (1995) evidenciaron el surgimiento de dos nuevos perfiles profesionales: médicas/os investigadores y médicas/os gerentes. Bajo criterios de eficiencia basada en resultados, el primero representa la elite del conocimiento que ejerce poder técnico y cognitivo, y el segundo, con perfil administrador y gerencial, se ubica en los cuadros directivos y administrativos. En consecuencia, emerge una tercera clase de médicas/os de base conformada por las/os profesionales de la medicina que no son ni gerentes, ni investigadores. La presencia de estas dos elites ha causado una creciente tensión entre las/os generadores de conocimiento y las/os que lo aplican, entre las/os que fijan las normas y las/os que las siguen, entre las/os administradores y las/os administradas/os, y entre aquellas/os que son

dueñas-os y las-os que figuran como empleadas-os. Según los autores, existen también pocas razones para creer que estas elites representarán los intereses de la medicina organizada, porque no existe el contrato social entre estas y el resto del personal médico, y porque en el caso de los médicas-os investigadores, no hay mecanismos para la rendición pública de cuentas. De esta forma, no hay garantía de que dichas elites se alineen con los intereses de la medicina, sino que lo harán con los intereses de las corporaciones transnacionales científicas y las prestadoras de servicios de salud privados.

#### *iv. Seguimiento de la gestión y regulación*

El seguimiento de la gestión por parte de los SSN, según el informe del EOHSP (2006), se refiere a la optimización del proceso de producción de servicios de alta calidad de forma eficaz y eficiente, que satisfagan las necesidades y expectativas de la población mediante el establecimiento de normas prácticas y programas de aseguramiento de la calidad, la división del trabajo, el diseño de métodos de pago, y la creación de mecanismos de información. Adicionalmente, según el mismo informe, en los SSN la regulación proporciona una poderosa herramienta para dar forma al mercado de los servicios de salud y al rendimiento de las-os trabajadoras-es médicas-os. En este sentido, se gestionan una serie de actividades que van más allá del modelo tradicional de autorregulación colegial y que incluyen los mecanismos de capacitación, definición de políticas de personal indicando los requisitos reglamentarios que debe cumplir para ejercer la profesión médica, negociación de las condiciones generales de trabajo (escalas de sueldos, aumentos meritorios, promociones y movilidad profesional, formación continua), y la creación de incentivos para que las-os médicas-os mejoren su desempeño.

### **Profesionalismo médico en cuestión**

Tal como sucede en las profesiones en general no existe un consenso en el conjunto de valores que definen el profesionalismo en la práctica de la medicina. El concepto de profesionalismo puede ser rastreado desde el juramento de Hipócrates, hasta los cambios sustanciales que ha sufrido en las sociedades neoliberales de hoy en día (van Mook et al., 2009). Sin embargo, según dichas-os autores, existe una contradicción entre el idealismo hipocrático y su aplicabilidad en los SSN. Si por una parte el concepto de profesionalismo de la medicina está relacionado con valores identitarios e ideales de la profesión que involucran el altruismo, el bienestar del paciente, honor e integridad, estándares morales y éticos, autorregulación y desarrollo científico para la justicia social, entre otros, las cualidades del profesional de la medicina que deben ser aplicadas en su

trabajo bajo las políticas neoliberales van en el sentido contrario. En este escenario de administración y contención de gastos, las-os autores exponen que la medicina ve amenazada uno de sus principales rasgos de profesionalización y profesionalismo: el autogobierno. En el marco de la racionalidad y eficiencia, el trabajo médico está supeditado a los intereses de las instituciones, organismos y transnacionales que gobiernan los SSN, que orientan el conjunto de valores a las habilidades gerenciales y de negociación, seguimiento de protocolos y la toma de decisiones basadas en la rentabilidad de ámbitos como el desarrollo científico y la prestación de servicios de salud. En este sentido, el profesionalismo médico está siendo cuestionado en aspectos estructurales de la profesión tales como el grado de confianza, la relación médica-o/paciente, y la acumulación de poder médico.

#### *i. Confianza en el personal médico, colegios y sistemas sanitarios*

En la prestación de servicios sanitarios, los Estados y la profesión médica organizada tienen la responsabilidad de mantener y garantizar la confianza de la población, mediante la utilización de estrategias de rendición pública de cuentas de la investigación científica, la administración, y la prestación de servicios sanitarios (Allsop, 2006). No obstante, en la estructura actual de los SSN este indicador es medido en relación con las instituciones que componen los sistemas sanitarios, así como con las-os profesionales médicas-os. En este sentido, los resultados de los estudios realizados por Kuhlman (2006) en Gran Bretaña, Alemania, Inglaterra y los Países Bajos, sugieren que la confianza en las-os profesionales, generales y especialistas, en particular es muy alta y se mantiene estable en el tiempo, mientras que la confiabilidad en los sistemas sanitarios y en las compañías de seguros es mucho más baja y tiende a disminuir. En el mismo sentido, resultados de otros estudios (Allsop, 2006) apuntan a que si los colegios médicos fueron la mejor forma de proteger al público y de mantener el estatus de la profesión médica, ahora junto a la pérdida de poder en los SSN son criticados, calificándolos de elitistas, orientados al interés propio y lejanos a la práctica de la medicina.

Si por una parte se evidencian problemas de credibilidad en las instituciones que hacen parte de la administración de los SSN, por otra se presentan matices frente a la valoración positiva de las-os profesionales. A este respecto existen diferentes técnicas de medición para las-os profesionales médicas-os: las encuestas de confiabilidad de grupos ocupacionales, las encuestas realizadas por los SSN, y el volumen de quejas y reclamaciones interpuestas. En cuanto a la primera, según el *Global study on trusted professions* la confiabilidad calculada por grupo ocupacional en los 25 países de Europa, América, Asia y África en los que se realizó la encuesta, ubica en primer lugar de valoración a las-os bomberas-os (98%),

seguidas-os por profesionales de la salud: paramédicas-os y farmacéuticas-os (97%), profesionales de la enfermería (94%) y médicas-os (93%) (GfK Verein, 2014). Con respecto a las dos otras fuentes de medición, según los estudios de Allsop (2006), en las encuestas realizadas por los sistemas sanitarios las-os pacientes en su mayoría dicen confiar en las-os médicas-os que las-os han tratado, aunque depende en gran medida de las experiencias particulares. Sin embargo, el incremento en el volumen de quejas y reclamaciones podría indicar problemas con las-os profesionales debido a las altas expectativas, mayor conocimiento en salud de las-os pacientes, y a una relación médica-o/paciente más débil. Estas quejas reflejan un sentimiento de confianza traicionada, el deseo de prevenir que lo mismo no le suceda a otra-o paciente, así como también el exigir una explicación, lograr la sanción de un-a profesional en particular, u obtener algún tipo de compensación económica.

## *ii. Relación médica-o/paciente*

El segundo aspecto del profesionalismo médico que está siendo puesto en cuestión es la relación médica-o/paciente, que de la misma forma como la profesión médica se ha transformado esta relación también lo ha hecho. Según el análisis histórico realizado por Kaba y Sooriakumaran (2007), en sus orígenes los médicos asumían roles paternalistas y tomaban las decisiones por sus pacientes. Más tarde, los médicos se distanciaron de las-os pacientes tanto política, económica y socialmente, haciendo la relación médico-paciente remota e impersonal debido al alto estatus que éstos habían alcanzado. Recientemente, en las facultades se propende porque la relación establecida debe tomar en cuenta no solamente la aplicación de conocimiento técnico, sino también la comunicación de información necesaria para que la-el paciente entienda, tenga el control y pueda hacer frente a los fuertes niveles emocionales y de ansiedad generados por la enfermedad. Hoy en día, sin embargo, las-os autores han encontrado que en la práctica médica pueden convivir diversos tipos de relación médica-o/paciente, que oscilan desde la alianza basada más en la cooperación que en la confrontación, hasta la relación regida por protocolos y tiempos de atención en aras de la eficiencia de los SSN. No obstante, si la confianza en las-os profesionales de la medicina no ha disminuido, la práctica médica en el marco de los SSN ha erosionado la relación médica-o/paciente, reflejado en el aumento de quejas del servicio y reclamaciones por negligencia y malas prácticas.

Por otra parte, vale la pena señalar como lo anotan Traver y Fernández-Luque (2011), el que hoy en día las-os pacientes sean personas más informadas y organizadas también ha puesto en cuestión la relación asimétrica que se ejercía desde el saber experto del-a profesional médica-o sobre el-la paciente. Con la masificación de las nuevas tecnologías de la

información, las-os pacientes han encontrado espacios en los cuales compartir sus experiencias médicas tanto fallidas como exitosas, así como estar al tanto de investigaciones, tratamientos y desarrollo científico en el campo de la medicina. Este conocimiento adquirido a través de páginas web o de comunidades virtuales en torno a la salud, hace que el paciente establezca una relación más simétrica y por ende participativa en el proceso de prestación de servicios médicos. Adicionalmente, las-os pacientes se están asociando en organizaciones desde las cuales exigen sus derechos y la realización de investigaciones para solucionar sus necesidades y expectativas (Gallo y Gené, 2011). Desde estas organizaciones adoptan una postura crítica frente a los abusos de las estrategias de eficiencia en la administración de costos sanitarios de los SSN, que regulan la prestación del servicio en aspectos como los tiempos asignados a cada paciente, el tipo de medicamentos a recetar, los tratamientos a seguir, y la conformación de mecanismos más robustos de quejas y reclamaciones por negligencia y malas prácticas.

Un estudio de caso en cuanto a la información y organización de las-os pacientes en torno a sus necesidades de salud, entre muchos otros, son los movimientos de las mujeres a nivel mundial y sus reivindicaciones. En los países occidentales las dos terceras partes de todas las visitas clínicas son hechas por mujeres, quienes reportan tener un estado de salud significativamente peor en relación con los hombres. Asimismo, los costos por atención primaria, especialistas, tratamientos de emergencia, servicios diagnósticos son todos significativamente mayores para las mujeres comparados con los hombres (Bertakis, 2009). En este contexto, por mencionar solo un ejemplo, desde los años setenta el movimiento feminista de origen estadounidense *Por la salud de la mujer* tomó lo que inicialmente era la lucha por los deseos individuales de las mujeres a la reapropiación de sus cuerpos y el cuidado del mismo, y los transformó en una agenda colectiva de política sanitaria, tomando como base el rol del sistema médico en la opresión de la mujer y la importancia estratégica del mismo para su liberación. Con estos objetivos, el movimiento dirigió sus esfuerzos en tres dimensiones (Kuhlmann, 2009): i) la apropiación del conocimiento médico y su reinterpretación desde el punto de vista de la mujer, poniendo en duda muchos protocolos científicos de la profesión médica; ii) una mejor y más segura información para las pacientes así como ensayos clínicos desarrollados específicamente para sus necesidades; y, iii) modelos femeninos de cuidados de la salud con énfasis en la atención primaria y la prevención, terapias alternativas y complementarias, modelos psicosociales de cuidado y mejoramiento de la comunicación con las-os pacientes y colegas, que cuestiona el tradicional profesionalismo médico basado en actitudes y valoraciones masculinas.

De otra parte, desde los años sesenta se realizan investigaciones orientadas a develar cómo las decisiones de las-os médicas-os podrían ser diferentes dependiendo si el paciente es un cliente, un familiar o un colega (Freidson en Nurok y Henckes, 2009). En este sentido, las-os médicas-os podrían estar tomando diferentes decisiones basadas en consideraciones relacionadas con el género y sus correspondientes estereotipos (Bertakis, 2009). Algunos casos en que las decisiones médicas se toman basadas en estos estereotipos sexistas pueden ser cuando se fijan como estándares de modelos de salud a los hombres para las enfermedades coronarias y a las mujeres para los desórdenes mentales, la depresión que es más propensa a ser diagnosticada en mujeres que en hombres así se presenten los mismos síntomas, las adicciones poco exploradas en mujeres porque estos comportamientos están socialmente menos aceptados en ellas, y los protocolos médicos como el parto en función de la comodidad del profesional y no en el bienestar para la mujer, entre otras (Kuhlmann, 2009).

Sin embargo, desde los movimientos de mujeres y feministas de todo el mundo, se han trazado lineamientos que orientan las investigaciones sobre la salud de la mujer, que se constituyen en un campo muy poderoso para redireccionar y cambiar los fundamentos de los paradigmas patriarcales de la medicina. Tal es el caso de los movimientos estadounidenses desde los que las mujeres exigen para su salud (Einstein y Shildrick, 2009): i) la disminución del énfasis de la salud de la mujer en la reproducción, desplazando la atención a la relación de las mujeres con sus cuerpos y los aspectos psicosociales de sí mismas; ii) el aumento de estudios sobre la relación del sistema endocrino y nervioso y su influencia en la cotidianidad de la vida de las mujeres; y iii) el no privilegiar una morfología sobre las otras en las investigaciones médicas, ya que esto lleva a que se catalogue y medicalice como discapacidad aquello que solo corresponde a cuerpos diferentes. De la misma forma, movimientos de mujeres y feministas desde Latinoamérica como la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, creada en 1984 en el marco del Primer Encuentro Regional de Salud de las Mujeres realizado en Colombia, promueve acciones encaminadas a proponer desde diversas experiencias y realidades nuevas visiones sobre la salud de las mujeres. En este marco, realizan programas de formación, hacen parte de la formulación de políticas públicas favorables a las mujeres como interlocutoras con los Estados y organismos multilaterales, así como coadyuvan en el monitoreo a los diferentes convenios internacionales concernientes con la salud de las mujeres en la región<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Salut per al desenvolupament,  
[http://salutxdesenvolupament.org/es/Red\\_Salud\\_Mujeres\\_Latinoamericanas\\_y\\_del\\_Caribe](http://salutxdesenvolupament.org/es/Red_Salud_Mujeres_Latinoamericanas_y_del_Caribe) [consulta enero de 2013]



### *iii. Acumulación de poder médico*

Por último, el tercer aspecto que se analiza como parte del cuestionamiento al conjunto de valores de las/os profesionales de la medicina en la práctica médica en los SSN, junto a los problemas de confianza y cambios en la relación médica-o/paciente, es el que tiene que ver con la hegemonía y acumulación de poder del campo médico. Si bien es cierto que las críticas vienen dadas de tiempo atrás, son tomadas en consideración nuevamente por la relación que existe entre las políticas neoliberales y el interés de actores del gobierno de los SSN, como organismos multilaterales y transnacionales de I+D, medicina privada y farmacéuticas, en la privatización de los servicios sanitarios bajo la lógica de la maximización de la rentabilidad que proviene de la prestación de estos servicios. En este sentido, la acumulación de poder de la medicina en las sociedades neoliberales, viene dado, por una parte, por la medicalización de la vida cotidiana más allá de la enfermedad, y por otro, por la búsqueda del ideal de la salud perfecta.

En cuanto al primer aspecto, la medicalización indefinida es el fenómeno en el que la medicina actual ha rebasado su dominio propio de manera considerable (Foucault, 1978). Según el autor, la medicina hoy en día responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo, imponiéndose al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad y de normalización (patologización de las diversidades sexuales). Asimismo, el dominio de objetos de la intervención médica no se refiere únicamente a las enfermedades, sino a un objeto que ni para el sujeto ni para el médico constituye una enfermedad (certificado médico para efectos laborales). Con respecto al segundo aspecto, profesionales de la medicina como Orueta et al. (2011) exponen cómo se ha desplazado el campo médico al ofrecer soluciones a problemas que no son médicos sino sociales con el fin de alcanzar un ideal de salud perfecta. Por ejemplo, situaciones como la tristeza, la frustración, el nacimiento, la adolescencia, la calvicie o la fealdad son consideradas como enfermedades y por tanto están sometidas a tratamiento farmacológico y/o quirúrgico. Según las/os autores, estas soluciones médicas al ser administradas bajo las políticas de privatización y rentabilidad entran en el ciclo consumista, haciendo del derecho a la salud otro más de los objetos de consumo, con el agravante de la dependencia de la sociedad en los servicios médicos. En consecuencia, cuanto mayor es este ideal más son los problemas de salud a enfrentar y más personas se sentirán enfermas, generando la necesidad de una mayor asignación de recursos. Con el agravante de que este ideal de salud perfecta, incapacita a las personas para cuidarse colectivamente a sí mismas, disminuyendo la tolerancia al sufrimiento y malestar con el que se debería enfrentar la vida.

## Profesionales médicas y medicina latinoamericana

En este marco de las profesiones en general y de la medicina en particular, se centrará ahora la mirada en la práctica médica en cuanto las mujeres y Latinoamérica. Las mujeres han sido el único grupo subalterno que ha ingresado masivamente a la profesión, en tal magnitud que en promedio la proporción de médicas en la fuerza laboral en el mundo ha pasado de un 28,7% en 1990 a un 38,3% en 2005 (OCDE, 2008). En relación a Latinoamérica, tanto lo expuesto para las profesiones y la medicina se ha experimentado de forma muy similar debido a la relación de colonialidad en sus dimensiones del poder, saber, ser y género. Sin embargo, se destacan las particularidades del ejercicio en Latinoamérica en tanto el sentido que adquiere la medicina social en la región, así como los saberes tradicionales de curación de los pueblos étnicos. En este sentido, las posturas críticas de descolonización de los grupos subalternizados, en menor medida, junto a la lógica de racionalización de los recursos, en mayor medida, han hecho que organismos como la EOHSP (2006) y la OCDE (2008) incluyan en sus lineamientos propuestas en cuanto el cambio en las políticas y prácticas de la medicina, que deben asimilar y transmitir el tránsito de una profesión médica patriarcal y colonial a una profesión médica femenina y multicultural.

### *i. Ingreso masivo de las mujeres a la medicina*

Es necesario reconocer el papel histórico de la mujer como poseedora de conocimiento curativo, y los mecanismos de control opresivo de estos saberes en diferentes periodos de la modernidad, tal como sucedió con la caza de brujas europeas, indígenas o afrodescendientes, de los siglos XVI a XVII:

Con la persecución de la curandera del pueblo, se expropió a las mujeres de un patrimonio de saber empírico, en relación con las hierbas y los remedios curativos, que habían acumulado y transmitido de generación en generación, una pérdida que allanó el camino para una nueva forma de cercamiento: el ascenso de la medicina profesional que, a pesar de sus pretensiones curativas, erigió una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y extraño para las clases bajas" (Ehrenreich y English, 1973; Starhawk, 1997 en Federici, 2004: 278).

Este desplazamiento de los saberes ancestrales de las mujeres por la ciencia médica de los hombres, contrasta fuertemente con el actual y sustancial incremento en el número de mujeres ejerciendo la medicina. Según datos de las bases estadísticas de la OMS, (Tabla 2), de algunos países que han reportado la información, los porcentajes más altos de

participación de la mujer en la profesión médica se dan en Mongolia y Estonia. Con valores entre el 45% y el 55% se encuentran países como República Checa, Cabo Verde, Guinea Ecuatorial, Hungría, Mozambique, Portugal y España. En cuanto Latinoamérica, solo existe información para Honduras (36,1%), Brasil (35,9%), Costa Rica (34,9%), Panamá (33,8%), México (32%) y Bolivia (28,7%). Otros países de la zona Euro-Norteamérica tienen porcentajes menores al 50%, como el caso de Francia (37,7%), Alemania (37,1%), Reino Unido (34,7%), y Estados Unidos (28,1%).

Tabla 2. Porcentaje de médicas sobre el total de personal médico					
País (Año dato)	Total	Médicas	País (Año dato)	Total	Médicas
Mongolia (2000)	6.732	77,3%	México (2000)	195.897	32,0%
Estonia (2000)	6.118	60,8%	Guinea-Bissau (2004)	188	31,4%
Algeria (2004)	35.368	53,1%	Suiza (2002)	25.921	30,7%
Rep. Checa (2003)	35.960	51,8%	Bolivia (2001)	10.329	28,7%
Cabo Verde (2004)	231	51,5%	Estados Unidos (2000)	730.801	28,1%
Guinea Ecuatorial (2004)	987	51,5%	Malawi (2004)	266	26,7%
Hungría (2003)	32.877	50,5%	Bhutan (2004)	118	25,4%
Mozambique (2004)	514	48,1%	Islandia (2004)	1.056	25,3%
Portugal (2003)	34.440	46,3%	R.D. del Congo (2004)	5.827	25,0%
España (2003)	135.300	44,4%	Kenia (2004)	4.506	25,0%
Bahrain (2004)	803	42,7%	Costa de Marfil (2004)	2.081	24,9%
Dinamarca (2002)	15.653	41,4%	Bangladesh (2004)	38.485	24,0%
Suecia (2003)	29.122	40,7%	Ghana (2004)	3.240	22,0%
Burundi (2004)	200	40,0%	Nigeria (2004)	34.923	20,2%
Madagascar (2004)	5.201	39,6%	Congo (2004)	756	19,8%
Francia (2004)	203.487	37,7%	Myanmar (2004)	17.791	19,4%
Omán (2004)	3.871	37,4%	Burkina Faso (2004)	708	18,9%
Tailandia (2000)	22.435	37,3%	Tanzania (2004)	822	18,0%
Alemania (2003)	277.885	37,1%	Liberia (2004)	103	16,5%
Países Bajos (2003)	50.854	36,8%	Gabon (2004)	395	16,5%
Irlanda (2004)	11.141	36,6%	Uganda (2004)	2.209	16,1%
Honduras (2000)	3.676	36,1%	Eritrea (2004)	215	15,8%
Brasil (2000)	198.153	35,9%	Japón (2002)	251.889	15,5%
Austria (2003)	27.413	35,3%	Jordania (2004)	11.398	14,7%
Pakistán (2004)	116.298	35,3%	Chad (2004)	345	14,2%
Italia (2004)	241.000	35,3%	Camerún (2004)	3.124	14,2%
Irak (2004)	17.022	35,2%	Ruanda (2004)	432	12,3%
Costa Rica (2000)	5.204	34,9%	R.C. Africana (2004)	331	12,1%
Reino Unido (1997)	133.641	34,7%	Etiopía (2004)	1.936	11,3%
Grecia (2001)	47.944	34,6%	Mauritania (2004)	313	10,2%
Panamá (2000)	4.431	33,8%	Comoras (2004)	115	7,8%
Canadá (2003)	66.583	33,1%	Djibouti (2004)	129	2,3%
<b>Fuente:</b> Elaboración propia a partir de las bases estadísticas de la OMS [consulta en línea, noviembre de 2013]					

Si bien los datos de la OMS son de principios de este siglo, el ingreso de las mujeres a la formación y ejercicio de la medicina ha mantenido una tendencia favorable a éstas, en tal magnitud que se reconoce un proceso de feminización de la medicina (OCDE, 2008). No obstante, aunque las cifras indican un salto cuantitativo, las estructuras masculinas de la profesión no

han podido ser modificadas hasta ahora. Tomando como caso general el ingreso masivo de las mujeres a la formación profesional en Estados Unidos, desde la década de los ochenta del siglo XX, las mujeres que pueden acceder a estudiar y ejercer una profesión enfrentan problemáticas tales como (Brumberg y Tomes, 1982):

- *La conciliación laboral y familiar.* Muchas veces la mujer profesional entra al mundo del trabajo para mantenerse a sí misma y/o a su familia, y una vez allí, encuentran también una vía para la autonomía y para el desarrollo de sus intereses y aspiraciones. Sin embargo, las tensiones surgen con los problemas al conciliar una carrera profesional competitiva, con la vida de familia y cómo la elección entre una de ellas o las dos causa profundos conflictos personales y profesionales.
- *La segregación ocupacional.* Las mujeres siguen en su gran mayoría en profesiones tradicionalmente femeninas y aunque han entrado en forma masiva al mundo de las profesiones masculinas, la autoridad jerárquica de las estructuras ocupacionales sigue siendo ejercida por los hombres. De otra parte, el proceso conocido como la ‘feminización de las profesiones’ no solo identifica el creciente número de mujeres en profesiones masculinas, sino que connota efectos peyorativos de degradación profesional tales como la disminución de salarios y de prestigio, así como la devaluación de las respectivas habilidades y servicios profesionales que tradicionalmente eran inherentes a estas profesiones masculinas.
- *El prestigio y exclusión profesional.* Las mujeres han tomado generalmente las áreas profesionales que involucran el cuidado de los demás (trabajadoras sociales, enfermeras y maestras), sin embargo, el prestigio profesional aumenta precisamente en cualidades no asignadas como femeninas. El no contacto cercano con las/os clientes, la abstracción filosófica y la distancia de los cuidados humanos caracterizan los cuadros de elite. Por ejemplo, el médico de investigación pura tiene más prestigio que el médico de familia o el abogado corporativo tiene más prestigio que el abogado de divorcios. En este sentido el desarrollo de las mujeres, consideradas intelectualmente inferiores pero altruísticamente superiores, en profesiones subordinadas orientadas al cuidado de seres humanos, ayuda a mantener las profesiones dominadas por hombres en su curso de abstracción, exclusión y aislamiento.

Estas barreras para las profesionales se reproducen también en el caso de las médicas, ya que la profesión sigue moldeada por numerosos eventos y características idiosincrásicas que son siempre insignificantes por sí mismas, pero que llegan a ser determinantes y poderosas en su acumulación, logrando el desgaste constante de la mujer en el sistema educativo, en el ejercicio profesional, y en los puestos de jerarquía de la

medicina organizada (Cheng, 2010). Estudios realizados en países tan diversos entre sí como Suecia, México, España y Twain, coinciden en sus resultados en cuanto a aspectos como el ideal de profesionalismo basado en roles masculinos, la hegemonía masculina expresada en la cultura y en las instituciones, los criterios de género en la asignación de plazas para las especializaciones, dificultades en la conciliación entre las obligaciones personales y las metas profesionales, y la ausencia de médicas en los niveles más altos de la estructura académica, científica, administrativa y de gobierno (Gunilla et al, 2003; Rodríguez-de Romo, 2008; Arrizabalaga y Bruguera, 2009; Cheng, 2010). Asimismo, no se ha incluido la perspectiva de género en el análisis de la profesión médica, de forma que no son claras las diferencias de género respecto a formas de aprendizaje, modelos de práctica, elección de especialidad, escala de pagos y conciliación de la vida laboral y familiar (Flesch, 2010). Por ejemplo, en los pocos estudios llevados bajo este enfoque, investigaciones sobre la relación médica-o/paciente han revelado diferencias de género: las médicas consagran más tiempo al asesoramiento psicosocial y a prácticas preventivas, en relación con los médicos que asignan más tiempo a protocolos técnicos (Bertakis, 2009). Otros estudios que han teniendo en cuenta esta perspectiva indagan por los casos de acoso sexual y laboral (OCDE, 2008), así como los factores que influyen en que en promedio, las médicas trabajen menos horas y tengan vidas de trabajo más cortas que los médicos, y las diferencias en las escalas salariales (OCDE, 2008; Delgado y Saletti, 2011).

## *ii. Medicina social latinoamericana frente a los modelos de desarrollo impuestos en la región*

La profesión médica siempre ha tenido una base social, aunque en sus orígenes hubiera mayoritariamente una práctica social individualista en términos del ejercicio privado de la profesión (Foucault, 1978). Históricamente, la formación de la medicina social se reconstruye en tres etapas: la medicina del Estado en Alemania a comienzos del siglo XVIII, la medicina urbana en Francia a finales del siglo XVIII, y la medicina de la fuerza de trabajo en Inglaterra en el siglo XIX (Foucault, 1977). Desde Latinoamérica, la medicina social ha sido especialmente crítica con los modelos de desarrollo impuestos en la región y sus consecuencias sociales. Siguiendo a López y Peña (2006), en la medicina social latinoamericana se identifican tres momentos en el desarrollo de las corrientes de interpretación de la salud en relación con las condiciones sociales, vinculados estrechamente a los periodos de modelos económicos. Primero, una fase de expansión capitalista basada en la explotación de los recursos naturales, que se corresponde con un modelo higienista en las políticas públicas de salud (años cincuenta del siglo XX). Segundo, un periodo caracterizado por la intensa promoción de la industrialización con base en

el modelo de sustitución de importaciones, sustentado en una visión desarrollista y un estado benefactor con instituciones como los sistemas de salud públicos (años setenta del siglo XX). Por último, una fase de globalización de la economía caracterizada por la imposición de organismos supranacionales de un nuevo modelo económico neoliberal, que desmantela el estado de bienestar y sus instituciones de protección social, lo que ocasiona un proceso de privatización de la vida y de todas las áreas rentables de la economía, incluyendo la atención a la salud (años ochenta del siglo XX).

Como reacción a estos ciclos de cambios en el modelo económico y la prestación de los servicios de salud, y partiendo de la noción de medicina social europea del siglo XIX la medicina social latinoamericana, según Iriart et al. (2002), se desarrolla a partir de la formación de grupos de académicas-os e investigadores del campo de la salud, que se unieron a los movimientos populares desde posiciones disconformes y contestatarias contra el modelo económico desarrollista y posteriormente al modelo neoliberal. Las-os autores analizan que las consecuencias socioeconómicas de la aplicación de estos modelos económicos tales como el incremento de la pobreza y de la brecha de la distribución de la riqueza, se reflejan en el campo de la salud en la coexistencia de enfermedades de la pobreza y de la riqueza, las cada vez más visibles desigualdades ante la enfermedad y la muerte, la evidencia de la relación entre clase social, género y raza/etnia, y problemas de salud, la existencia de inequidades en el acceso a los servicios de salud, así como el incremento en los gastos en salud con mejoramiento en las condiciones de salud muy limitados. Para hacer frente a esta problemática sanitaria, la medicina social Latinoamérica propone estudiar el proceso salud-enfermedad-atención en el contexto social, donde las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales en este proceso, tomando como categorías analíticas la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia/raza, y el género, entre otras.

En el marco de la medicina social latinoamericana, se pueden mencionar algunos ejemplos de su aplicación en diferentes países de la región reseñados por Iriart et al. (2002). En este sentido, las-os autores destacan los grupos de la medicina social en Brasil, Chile, Ecuador y México que han realizado estudios del impacto de la organización jerárquica del trabajo, de los procesos de producción y de las condiciones de trabajo sobre la salud mental y física. El grupo de Argentina colabora con los movimientos sociales y de trabajadores en la realización de análisis y propuestas alternativas a la privatización en salud. En Ecuador, se ha tomado como eje la ecología urbana, los cambios económicos provocados por la producción petrolera y las relaciones de la estructura de inequidad de clase, género y etnia con la salud, así como los procesos de trabajo, para explicar los

patrones de morbilidad y mortalidad. En Colombia, en medio del conflicto armado, se han generado investigaciones sobre los efectos de la violencia armada en la salud de las poblaciones. Por último, en Chile y Argentina, se ha trabajado junto con organizaciones de derechos humanos para apoyar a las familias cuyos miembros han sufrido torturas, exilio o muerte durante las dictaduras. Asimismo, algunas de las problemáticas que han adquirido mayor visibilidad desde la medicina social en los últimos años, son las estrategias de supervivencia de los grupos familiares en contextos de pobreza, las formas de apropiación y uso del contexto ecológico en zonas rurales, la investigación de diversos grupos vulnerados como las víctimas de violencia, el impacto del VIH según etnia, género y preferencia sexual, y el papel de las redes sociales y los procesos de autoconstitución de las/os sujetas/os políticos, entre otros (López y Peña, 2006). Sin embargo, la colonialidad del saber, expresada en este caso en la hegemonía impuesta del inglés como idioma académico, los métodos tradicionales de circulación de las revistas latinoamericanas de medicina social, y el escepticismo acerca de las investigaciones que provienen del llamado por la modernidad ‘tercer mundo’, han favorecido el desconocimiento en Euro-Norteamérica de la contribución de los avances generados desde Latinoamérica al campo de la medicina social (Iriart et al., 2002).

### *iii. Medicina tradicional de los pueblos étnicos latinoamericanos*

Si las mujeres profesionales de la medicina y la medicina social latinoamericana han enfrentado los mecanismos de opresión del sistema colonial/moderno, los saberes y tradiciones de los pueblos étnicos latinoamericanos aún han sido menos reconocidos por las instituciones sociales de la modernidad. En este sentido, la región no ha avanzado lo suficiente en el proceso de interculturalidad que propicia el diálogo de saberes, lo cual exige emprender la tarea solo parcialmente atendida de la sistematización de las prácticas y saberes étnicos y su construcción académica como conocimiento válido y de referencia, no solo para estas comunidades sino para la sociedad en su conjunto (López et al., 2007). La exclusión de la medicina tradicional y del sistema informal de salud latinoamericano de los sistemas de salud neoliberales resulta paradójica en una región multiétnica, multicultural y multinacional, que en gran medida son características constitutivas de la cultura, identidad y subjetividad latinoamericana (Granda, 2009).

La OMS (2002) define la medicina tradicional como un término amplio, utilizado para referirse tanto a la medicina tradicional china, el *ayurveda* hindú, la medicina *unani* árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Sin embargo, en la actualidad los SSN están en permanente debate sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y

el desarrollo de este tipo de atención sanitaria. Según estudios de Berenzon-Gorn et al. (2006), se estima que en los países latinoamericanos más del 50% de la población sigue atendándose y percibiendo sus problemas de salud de acuerdo con los patrones de su medicina tradicional, a la que acuden para tratar enfermedades crónicas, padecimientos emocionales (depresión y ansiedad) y problemas de diversas índoles (amorosos, conflictos familiares, apuros económicos, angustia espiritual), y que abarcan espacios no fácilmente medicables que rara vez encajan dentro de los cuadros clínicos que la medicina moderna está capacitada para diagnosticar y tratar. En cuanto a las razones para acudir hoy en día a la medicina tradicional, los resultados de estos estudios encontraron factores como la facilidad de acceso y costos moderados de los servicios, el pensar que van a recibir un trato más cordial y cercano, el deseo de evitar la toxicidad, los métodos invasivos o los efectos secundarios de los tratamientos, y porque las/os médicas/os tradicionales entienden y respetan con mayor facilidad la manera en que cada paciente nombra y vive su problema de salud, independientemente de que sea o no enfermedad, utilizando el mundo simbólico para la solución de los conflictos y problemas de salud propios de la humanidad.

Ante esta situación, la OMS como parte del gobierno de los SSN, a fin de maximizar el potencial de la medicina tradicional como fuente de cuidado de la salud, afronta una serie de temas asociados con la política estatal, la seguridad (sistemas de inspección), la eficacia, la formación, la calidad, el acceso (propiedad intelectual, patentes) y el uso racional de la misma. En este sentido, diseñó *La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005* en la cual revisa el estado de este tipo de medicina de forma global y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a ésta, con el fin de que desempeñe un papel mucho más importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres (OMS, 2002). Sin embargo, según Granda (2009) aunque existe el reconocimiento de que debe reformarse la actual manera de prestación occidental de servicios de salud, se da poca atención a otras lógicas médicas y formas de prestación de servicios. El autor enfatiza que las propuestas de reforma consideran que el único sistema de salud es aquel basado en la lógica médica y administrativa occidental, y cuando mucho, aceptan la posibilidad de que tenga contacto con expresiones diversas que aportan otras formas de ver, entender, y accionar en salud. En el caso que sean en parte aceptadas, no deben desdibujar el eje organizativo basado en una racionalidad medio-fin que desconoce el importante sistema de salud tradicional existente en Latinoamérica, el cual según el autor, no tiene un espacio dentro del quehacer teórico y práctico del sistema hegemónico moderno de atención de la atención sanitaria actual.



### **3. Medicina y movilidad**

Uno de los grandes cambios que las profesiones han experimentado desde finales del siglo pasado, ha sido el ejercicio laboral en el marco de los mercados neoliberales. En el caso de la medicina, la práctica médica está regulada por los SSN y las instituciones que hacen parte de su gobierno. Al ser la administración del gasto un problema central en la provisión de servicios de salud, para los SSN la gestión de la fuerza de trabajo médica es estratégica debido a su gran peso en el total de los recursos asignados al sector sanitario. En este sentido, el problema a resolver, como en cualquier otro mercado, es el equilibrio entre la oferta y demanda, en este caso la relación que conlleve la máxima eficiencia y rentabilidad de los recursos entre el personal médico que presta los servicios sanitarios y la población demandante de éstos (EOHSP, 2006). Ante esta racionalidad neoliberal, los SSN pueden implementar principalmente cuatro estrategias para regular la oferta de profesionales de la medicina de acuerdo a la demanda: la formación interna, el mejoramiento de las condiciones de trabajo y flexibilización de la jubilación, el aumento de la productividad bajo parámetros de efectividad (desregularización, flexibilización y privatización), y por último, la contratación internacional de médicas-os en el extranjero, facilitada por el carácter de monopolio corporativista y credencialista de la profesión (OCDE, 2008; EOHSP, 2006).

De las estrategias mencionadas anteriormente, tanto la formación interna como la contratación internacional de médicas-os formadas-os en el extranjero, tienen un impacto directo sobre el stock de trabajadores médicas-os. Sin embargo, de estas dos, la contratación internacional es la opción más atractiva cuando hay que cubrir situaciones de escasez inesperadas de personal médico, debido por una parte, a su inmediatez al no demandar los casi diez años de formación interna necesaria, y por otra, a que no entra en conflicto con el objetivo de la contención del gasto público que financia, en mayor o menor medida, la educación médica (OCDE, 2008). Bajo esta lógica y en casos de déficit de médicas-os bien sea entre países, regiones y/o especialidades, los SSN que pueden asumir el costo y que cuentan con las condiciones socioeconómicas de atracción suficientes, hacen uso de la estrategia de la contratación internacional de médicas-os para cubrir las situaciones de escasez. Estrategia que está regulada por los intereses de los SSN y del capital privado que controlan la entrada y salida de médicas-os extranjeras-os, mediante el otorgamiento o no de credenciales en respuesta a las necesidades del mercado laboral de los

países enriquecidos (Allsop et al., 2009). En el contexto del ejercicio de la medicina en los sistemas sanitarios neoliberales y para el caso de la contratación internacional de médicas-os, en este capítulo se analizan las teorías que dan explicación a los flujos de profesionales de la medicina, la cuantificación de esta movilidad con cifras elaboradas por los organismos multilaterales de la OMS y OCDE<sup>38</sup>, así como el impacto tanto en los países y SSN proveedores de personal médico. En este contexto de movilidad internacional, por último, se profundiza en el flujo de profesionales médicas-os de Latinoamérica hacia España.

## **Contratación internacional de médicas-os**

Desde los estudios sociológicos de las migraciones se han ofrecido diferentes enfoques teóricos que de forma complementaria entre sí, dan explicación a los flujos internacionales de médicas-os. En este sentido, Allsop et al. (2009) dan cuenta en sus estudios de teorías como la perspectiva institucional centrada en el poder de los Estados para controlar la migración, la teoría del capital humano, por el contrario, centrada en la acción individual, las teorías transnacionales, y las teorías materialistas de los países enriquecidos sobre los países que han empobrecido. Asimismo, Masanet (2010) reseña teorías interpretativas como los modelos de factores de atracción-expulsión, las teorías neocoloniales y de lazos históricos, y la teoría de las redes de migración. Específicamente para el caso del personal médico, los factores de atracción-expulsión se han concretizado en cinco categorías: diferencias salariales, oportunidades de empleo, desarrollo profesional, redes sociales y profesionales, y dificultades socioeconómicas y condiciones políticas del país de origen (Chappell et al., 2009).

En esta investigación, aunque se parte de la complementariedad de las anteriores teorías como marco explicativo, se hará especial relevancia en la perspectiva institucional basada en la centralidad de los SSN en los flujos de movilidad internacional de profesionales de la medicina, como parte de la gestión del personal médico a través de la contratación en casos de escasez. La centralidad de los SSN en la movilidad laboral de profesionales, está justificada en tres razones principalmente. Primero, la demanda de médicas-os extranjeras-os necesaria está determinada por el número de plazas disponibles gestionado de forma centralizada por los SSN, los cuales facilitan su movilidad con políticas y credenciales de control y regulación de la medicina que difieren muy poco entre los países (Allsop et al., 2009).

---

<sup>38</sup> Los organismos multilaterales que cuentan con estadísticas mundiales comparadas sobre personal médico son la OMS y la OCDE. Sin embargo, los informes datan del periodo comprendido entre los años de 2005 a 2009 y las cifras utilizadas en éstos son de principios del presente siglo.

Segundo, los programas de carrera se han homogeneizado para producir médicas-os globales con credenciales profesionales como pasaporte de movilidad entre SSN (OIM, 2008). Tercero, la gestión de la fuerza médica extranjera desde los SSN comprende tanto el diseño de procesos de selectividad, como condiciones en el mercado laboral más favorables que para el resto de migrantes cualificadas-os (Coloma, 2012).

Si bien actualmente la medicina es ejercida bajo la lógica de los SSN en un escenario técnico de gestión del gasto, la información sobre el número efectivo de médicas-os y su distribución juega un papel relevante en las proyecciones de demanda, y por tanto, de contratación de profesionales en el extranjero. Sin embargo, la realidad es que no en todos los países existen sistemas de información que recaben cifras globales y locales, teniendo como resultado una imagen incompleta e inexacta en la cual no es posible conocer si hay escasez, superávit, o si por el contrario, es un problema de distribución (EOHSP, 2006). A pesar de la limitante de información, desde los organismos multilaterales de los SSN se alerta de una profunda crisis de escasez de personal médico, debida principalmente a las condiciones de desigualdad socioeconómica mundiales y a una gestión inequitativa e ineficiente del estas-os profesionales. A causa de esos factores, actualmente se ha generado déficit de médicas-os en tres escenarios. Primero, a nivel global las-os profesionales de la medicina tienden a ser concentradas-os en los países donde las necesidades de salud son menos acuciantes, generando escasez en los países empobrecidos. Segundo, al interior de todos los países se presenta escasez en determinadas regiones geográficas como zonas rurales y desfavorecidas, y excedentes en las áreas metropolitanas y ricas (OMS, 2006). Tercero, existe también déficit en determinadas categorías de médicas-os y en ciertas especializaciones (OCDE, 2006). Desde la lógica neoliberal de los SSN, la contratación internacional de profesionales de la medicina puede proporcionar una mayor eficacia tanto a los países y sus sistemas sanitarios como a las-os médicas-os. Entre los beneficios que la OCDE (2008) enumera al adoptar esta estrategia se encuentran: i) reducción al mínimo de la pérdida social de los países proveedores, si el costo de la formación es por lo menos parcialmente financiado por la persona; ii) contratación rápida de personal con experiencia para las plazas difíciles de cubrir; iii) continuidad de los servicios sanitarios en el país que puede contratar; iv) adaptación de los servicios de salud a las necesidades de los países contratantes cada vez más diversos culturalmente; y por último, v) para las-os inmigrantes los beneficios están representados en mejores salarios y condiciones de trabajo que no encontrarían en el país de origen, así como estándares de calidad de vida muchos más altos propios de los países que cuentan con los recursos económicos para contratarles.

En este escenario de deficiencia de los sistemas de información global y local, las cifras que se han recabado y comparado a nivel internacional

datan de principios de este siglo. Es así, como algunos países pertenecientes a la OCDE informaron que para el año 2000 estaban enfrentando escasez de personal médico, mientras que al mismo tiempo otros parecían estar experimentando excedentes (OCDE, 2008). Por ejemplo, para Estados Unidos las estadísticas de la primera década del siglo XXI indican una escasez de médicos-os, déficit que para el periodo 2020-2025 podría alcanzar el 20% del total de la fuerza médica necesaria para atender la demanda (ACP, 2004). En Inglaterra, para el 2003 las tasas de vacantes eran del 4,7% en especialistas y del 3,3% en atención primaria, y por el contrario, para el 2000 Bélgica contaba con exceso de oferta de profesionales de la medicina (OCDE, 2008). Sin embargo, según la OMS (2006) 57 países, la mayoría de ellos en África y Asia, enfrentan altos niveles de escasez de personal sanitario con un déficit de 2.4 millones entre médicos-os, enfermeras-os y parteras-os.

Para tener una idea de los problemas de inequidad en la distribución mundial de la fuerza de trabajo médica administrada por los SSN, gestión que beneficia unas regiones en detrimento de otras, la OMS (2008) cuantificó la distribución de dicha fuerza con base en tres variables: los recursos asignados a los servicios de salud, la oferta de médicos-os y la morbilidad. De esta forma, en términos mundiales, del total de recursos asignados a la salud, América reportó la más alta concentración de gastos con más del 50% del total de los recursos, contando con el 55% de la oferta de médicos-os para responder solo por el 10% de la carga de morbilidad. Seguida por Europa que utiliza el 32% de costos mundiales para atender un 10% de morbilidad, con el 40% de oferta de médicos-os. Para luego encontrar, como caso extremo, a África que para enfrentar el 29% de morbilidad cuenta con un oferta de medicas-os de solo el 2%, y unos recursos de menos del 1%, especialmente el África Subsahariana como epicentro de la crisis mundial con el mayor déficit de médicos-os. En este sentido, de los países que conforman la región de la OCDE, (Tabla 3), Estados Unidos concentra la mayor cantidad de profesionales de la medicina con un 34,4%, seguido por Alemania con un 12% y México con un 8,8%. Es decir, estos tres países acumulan el 55% del total de la fuerza médica de los países de esta región. En Europa, la mayor concentración se da en Alemania (12%), Francia (8,5%), Reino Unido (6,3%) y España (5,4%), representando el 32% del total de la OCDE.

Tabla 3. Distribución fuerza laboral médica en la región OCDE			
País OCDE	Fuerza Laboral Médica	Porcentaje del Total OCDE	Año
Estados Unidos	807.844	34,4%	2000
Alemania	282.124	12,0%	1998-02
México	205.571	8,8%	2000
Francia	200.358	8,5%	1999
Reino Unido	147.677	6,3%	2001

Tabla 3. Distribución fuerza laboral médica en la región OCDE			
País OCDE	Fuerza Laboral Médica	Porcentaje del Total OCDE	Año
España	126.248	5,4%	2001
Polonia	99.687	4,2%	2002
Turquía	82.221	3,5%	2000
Canadá	65.110	2,8%	2001
Australia	48.211	2,1%	2001
Países Bajos	42.313	1,8%	1998-02
Bélgica	39.133	1,7%	1998-02
Austria	30.068	1,3%	2001
Suecia	26.983	1,1%	2003
Hungría	24.671	1,1%	2001
Suiza	23.039	1,0%	2000
Portugal	23.131	1,0%	2001
Dinamarca	14.977	0,6%	2002
Grecia	13.744	0,6%	2001
Finlandia	14.560	0,6%	2000
Noruega	12.761	0,5%	1998-02
Nueva Zelanda	9.009	0,4%	2001
Irlanda	8.208	0,3%	2002
Luxemburgo	882	0,0%	2001
<b>Total OCDE</b>	<b>2.348.530</b>	<b>100%</b>	
<b>Fuente:</b> Elaboración propia a partir del informe de la OCDE (2007)			

En términos cuantitativos, en la región OCDE los países que pueden reclutar y contratar profesionales de la medicina extranjeras-os se clasifican en tres niveles, (Tabla 4). Primero, en el nivel alto están aquellos países que tienen más del 30% de médicas-os extranjeras-os haciendo parte de su fuerza médica laboral. Segundo, un nivel medio con países con porcentajes entre el 11% y 29%. Tercero, países de nivel bajo con menos del 10% de extranjeras-os en su fuerza médica laboral. Con esta clasificación y según las cifras de la OCDE (2007), países como Nueva Zelanda, Australia, Irlanda, Canadá, Reino Unido y Luxemburgo corresponderían a países con un nivel alto de contratación internacional de médicas-os, resaltando el caso de Nueva Zelanda y Australia con casi la mitad de su fuerza médica compuesta por extranjeras-os. En el caso contrario, Dinamarca, Alemania, Grecia, España, Turquía, Finlandia, Polonia y México son países que no utilizan en niveles superiores al 10% la contratación internacional de médicas-os como estrategia de suministro de profesionales de la medicina.

Tabla 4. Porcentaje fuerza médica extranjera por país OCDE				
País OCDE	Total Fuerza Laboral Médica	Médicas-os Extranjeras-os	Porcentaje Extranjeras-os	Año
Nueva Zelanda	9.009	4.215	46,8%	2001
Australia	48.211	20.452	42,4%	2001
Irlanda	8.208	2.895	35,3%	2002
Canadá	65.110	22.860	35,1%	2001
Reino Unido	147.677	49.780	33,7%	2001
Luxemburgo	882	266	30,2%	2001
Suiza	23.039	6.431	27,9%	2000

Tabla 4. Porcentaje fuerza médica extranjera por país OCDE				
País OCDE	Total Fuerza Laboral Médica	Médicas-os Extranjeras-os	Porcentaje Extranjeras-os	Año
Estados Unidos	807.844	196.815	24,4%	2000
Suecia	26.983	6.148	22,8%	2003
Portugal	23.131	4.552	19,7%	2001
Francia	200.358	33.879	16,9%	1999
Países Bajos	42.313	7.032	16,6%	1998-02
Noruega	12.761	2.117	16,6%	1998-02
Austria	30.068	4.400	14,6%	2001
Bélgica	39.133	4.629	11,8%	1998-02
Hungría	24.671	2.724	11,0%	2001
Dinamarca	14.977	1.629	10,9%	2002
Alemania	282.124	28.494	10,1%	1998-02
Grecia	13.744	1.181	8,6%	2001
España	126.248	9.433	7,5%	2001
Turquía	82.221	5.090	6,2%	2000
Finlandia	14.560	575	3,9%	2000
Polonia	99.687	3.144	3,2%	2002
México	205.571	3.005	1,5%	2000
Total OCDE	2.348.530	421.746	18,0%	
Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2007)				

Vale la pena mencionar dos situaciones que se presentan al relacionar la información para la región OCDE en cuanto la distribución de la fuerza médica, (Tabla 3), con la fuerza médica extranjera, (Tabla 4). Primero, aunque Estados Unidos es el principal país reclutador internacional en términos absolutos de médicas-os (196.815) con un valor cuatro veces mayor al segundo país (Reino Unido con 49.780), la participación de médicas-os extranjeras-os en el total de su fuerza médica laboral (24,4%) es menor a la de otros países de la OCDE, tales como Canadá (35,1%), Reino Unido (33,7%), Irlanda (35,3%) y Australia (42,4%). Segundo, algunos de los seis primeros países con altos porcentajes de fuerza médica como Alemania (12%), México (8,8%), Francia (8,5%) y España (5,4%), son países con un nivel bajo de contratación internacional de médicas-os (menos del 10%). En este mismo sentido, Estados Unidos y Reino Unido mantienen niveles altos, tanto en la magnitud de la fuerza médica, como en el porcentaje de médicas-os extranjeras-os en la misma.

La composición de la fuerza de trabajo médica ha cambiado también en los patrones de distribución en cuanto a género, edad, especialización y ubicación geográfica, según cifras de la OCDE (2008). En relación con la entrada de mujeres a la medicina, en promedio la proporción de médicas en la fuerza de trabajo se ha incrementado pasando de un 28,7% en 1990 a un 38,3% en 2005. Por otra parte la fuerza de trabajo médica en la OCDE está envejeciendo y una gran proporción está entre los 50 y 60 años, esperando la jubilación en las dos siguientes décadas. En cuanto a la proporción de especialistas con respecto a atención primaria, siguiendo el mismo informe, la relación en promedio ha cambiado de 1,5 en 1990 a 2,0 en el 2005,

aumento que junto al uso extendido de tecnología forzará a cubrir las 24 horas de servicio hospitalario con toda la gama de especialidades. Por último, todos los países de la OCDE presentan problemas en la distribución geográfica de la fuerza laboral entre las zonas rurales (remotas y pobres), y aquellas urbanas (centrales y ricas). Las mayores disparidades de médicos por capita entre las zonas mejores y menos dotadas se encuentran en Estados Unidos y Turquía, donde las regiones con mayores densidades pueden tener más de 2,5 y 2,2 veces el promedio nacional respectivamente. A este respecto, el informe señala que se han implementado estrategias de retención a mediano y largo plazo para mejorar la densidad de las/os médicas/os en las zonas rurales, alejadas y pobres. Estas estrategias, además de los estímulos financieros que solo funcionan a corto plazo, deben contemplar en la formación a las/os estudiantes el orientar sus intereses y habilidades hacia estas zonas, así como acciones afirmativas para el ingreso de más estudiantes de zonas rurales a las facultades de medicina. Asimismo, la OCDE señala que similares estrategias de sensibilización y motivación se utilizan para mejorar la distribución entre especialidades, incluyendo la segregación por género en la escogencia de las mismas.

En cuanto a la formación como segunda estrategia de suministro de médicos/os a los SSN, el mismo informe para los países enriquecidos de la OCDE (2008) evidencia que las inscripciones a escuelas médicas han seguido una curva en forma de “U” con un descenso en los ochenta y a comienzos de los noventa, e incrementándose nuevamente a finales de la misma década. Debido a la cantidad de tiempo que requieren los procesos de formación interna, este incremento ha llegado a ser solo recientemente identificable en las tasas de graduación de pocos países. De hecho, en promedio para la región OCDE el número de médicos graduados en 2005 es menor que en 1985. También el informe recalca que para los próximos veinte años el envejecimiento de la población trae consigo la disminución en las cohortes de jóvenes, implicando que habrá menos aspirantes a estudiar medicina. Sin embargo, en la mayoría de países de la OCDE la proporción de plazas en las escuelas médicas respecto al gran número de demandantes es bastante baja.

### **Implicaciones para los países proveedores**

La otra cara de la moneda de la contratación internacional de profesionales de la medicina es el impacto en los países y SSN en las/os que son reclutadas/os. Desde Latinoamérica los efectos de la migración calificada han enfrentado a las corrientes internacionalistas (visión optimista) con las corrientes nacionalistas (visión negativa). Este enfrentamiento se basa en que las corrientes internacionalistas promueven

la no interferencia en la movilidad de las personas, con beneficios tales como el intercambio de conocimiento y el envío de remesas. Por el contrario, para las corrientes nacionalistas el capital humano es un elemento indispensable para el desarrollo económico de cada país, y para el que consideran que su movilidad no es libre sino que está supeditada a las intervenciones de los países enriquecidos para captar recursos ya formados (Pellegrino, 2008). La vigencia de estas corrientes en Latinoamérica ha variado en el transcurso del tiempo. En los años sesenta y ochenta, se revela el carácter crítico con que fue visualizada esta migración en la región, señalando desde las corrientes nacionalistas un proceso social de *brain drain* (Martínez, 2006). El autor enfatiza en que este proceso se llevó a cabo en un contexto de mercado internacional de recursos humanos calificados imposible de alcanzar para los países de la región, en el cual Latinoamérica asumía los costos de la formación, y en contraprestación las personas emigradas no retornaban y tampoco se generaban compensaciones de los países reclutadores a las balanzas de pagos de los países de la región.

Sin embargo, según la OPS (2013), desde la década de los noventa se ha desarrollado una posición que ha cambiado la visión negativa o de pérdida del *brain drain* por otra orientada a rescatar los aspectos positivos de la movilidad o *brain gain*, tanto para los países de origen como para aquellos que pueden reclutar y/o contratar médicas-os en el extranjero. Asimismo, siguiendo el informe, entre estas dos posiciones opuestas, existen posturas adicionales como el *brain exchange* y *brain circulation* en contextos globalizados de comunicación, el *brain waste* cuando las condiciones no son favorables para los intercambios, y el *brain strain* o migración calificada como proceso de doble vía. Sin embargo, Pellegrino (2008) matiza que es la duración de las estadías la que define el carácter positivo o negativo de la migración cualificada. Por un lado, los proyectos transitorios o pendulares que suponen la incorporación de experiencia, formación y habilidades técnicas adquiridas en una economía avanzada estarían definidos como *brain circulation*, e inversamente, la migración como proyecto definitivo apareja una pérdida y podría considerarse como parte del *brain drain*.

Para el caso específico del impacto de la contratación de profesionales de la medicina en los países en los que han recibido la formación médica, pueden encontrarse dos posiciones antagónicas: la asumida por los organismos multilaterales en la defensa del uso de esta estrategia de suministro de fuerza médica laboral, y en contraposición, la de aquellas voces críticas con los SSN y su forma de gestionar la salud y la fuerza médica en el mundo. En relación a la posición de los organismos multilaterales del gobierno de los SSN, son planteados principalmente tres argumentos a favor de la contratación internacional de médicas-os (OCDE y OMS, 2010). Primero, una parte significativa de los movimientos internacionales se está produciendo entre los países de la OCDE, aunque el grueso de los flujos



migratorios es originario de países empobrecidos. Segundo, la salida de médicas-os de los países de origen grandes como la India o Rusia si bien es importante en términos absolutos, sigue siendo bajo en comparación con el tamaño de su fuerza de trabajo total. No obstante, el informe incluye los casos de algunos países pequeños y de los países africanos en los que las tasas de expatriación de médicas-os están por encima del 50%, es decir, que hay más médicas-os nacidas/os en estos países que trabajan en los países de la OCDE de las/os que están trabajando en su propio país. Tercero, las necesidades de médicas-os en los países empobrecidos, según las estimaciones de la OMS, en gran parte superan el número de médicas-os inmigrantes de esos países que trabajan en países de la OCDE, y que en consecuencia la migración internacional no es ni la principal causa de la escasez de la asistencia sanitaria en los países empobrecidos, ni su reducción es suficiente para hacer frente a la crisis de salud mundial de los recursos humanos sanitarios.

No obstante, estos organismos multilaterales reconocen que en los países empobrecidos que tienen tasas de emigración muy elevadas, el flujo de médicas-os contribuye a exacerbar la gravedad de los problemas del personal médico y debilitar aún más sus ya frágiles sistemas de salud. En aras de constituir un marco que regule el reclutamiento internacional de médicas-os, la OMS elaboró en el 2010 el *Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud*, partiendo del hecho de la grave escasez en muchos países de personal sanitario, incluido el personal médico altamente calificado, y que dicha escasez constituye una amenaza importante para el rendimiento de los SSN de los países proveedores. Este código de aplicación voluntaria establece principios éticos para la contratación internacional de personal de salud, de manera que fortalezca los sistemas de salud de los que denominan países en desarrollo, países con economías en transición y los pequeños Estados insulares, y de la misma forma, mitigue los efectos negativos de la migración, así como proteja los derechos del personal médico. Los principales objetivos del código están orientados a establecer y promover los principios y prácticas voluntarias para la contratación internacional ética de personal de salud, teniendo en cuenta los derechos, las obligaciones y las expectativas de los países de origen, países de destino y de fuerza médica migrante. El documento también tiene en cuenta los principios de transparencia, equidad y la promoción de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en los países en desarrollo. Sin embargo, al mismo tiempo, el código deja bastante claro que ninguna disposición debe interpretarse como una limitación de la libertad del personal de salud de conformidad con las leyes aplicables, a emigrar a los países que desean admitirlos y emplearlos.

En contraposición a los organismos multilaterales de los SSN, se encuentran investigaciones críticas con la contratación de profesionales de

la medicina y su impacto en los países de origen. En un estudio realizado por Arah et al. (2008), con base en datos de los 141 países con las tasas más altas de expatriación de médicas-os a Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido, las/os autores evidencian que los países de origen con mejores recursos humanos sanitarios, mejor progreso económico y social y mejores condiciones de salud de la población, parecen perder proporcionalmente más médicas-os por cada mil personas que países en condiciones más precarias. Asimismo, el estudio encontró países de origen con alta capacidad de formación de médicas-os, pero sin las políticas necesarias y las condiciones sociolaborales propicias para retener esta fuerza de trabajo en un mundo donde la profesión médica ha sido globalizada, las políticas de atracción de los países destino son muy potentes y donde los lazos coloniales están presentes.

De otra parte, los países empobrecidos se enfrentan al doble reto de retener a sus más brillantes médicas-os y al mismo tiempo invertir en la formación de la fuerza laboral médica, mientras que los países enriquecidos importan médicas-os cuando presentan escasez, con un desfavorecimiento en sus perspectivas de carrera al concederles contratos en áreas rurales y apartadas, la realización de tareas de bajo nivel, discriminación racial y de género, y/o el no poder mantener un trabajo para permanecer legalmente en el país (Allsop et al., 2009). Si bien, se configuran prácticas de trato no equitativo de forma general para todas/os las/os profesionales extranjeras/os (Taylor y Dhillon, 2011), la precarización laboral se presenta en mayor medida en las médicas extranjeras donde la intersección de género, estatus legal, lugar de origen y formación, las enfrenta a nuevas y más profundas inequidades en los países con capacidad de atracción (Ribeiro, 2008). Otras consecuencias de la contratación en los países donantes, según estudios de Aluwihare (2005), incluyen desigualdades con la prestación de servicios de salud, pérdida económica de los presupuestos de educación y salud, pérdida de familias educadas y de personal médico de pregrado y postgrado, dificultades para construir y mantener la masa crítica para la investigación y el desarrollo, y las discrepancias entre el texto de los códigos de ética sobre contratación y las realidades sobre el terreno. Inconvenientes que no son retribuidos convenientemente, por una parte, con el aumento de los contactos, la introducción de nuevas ideas o flujo financiero a la región o el país donante, y por otra, con una compensación adecuada de los países receptores de las ganancias obtenidas por la contratación de fuerza médica.

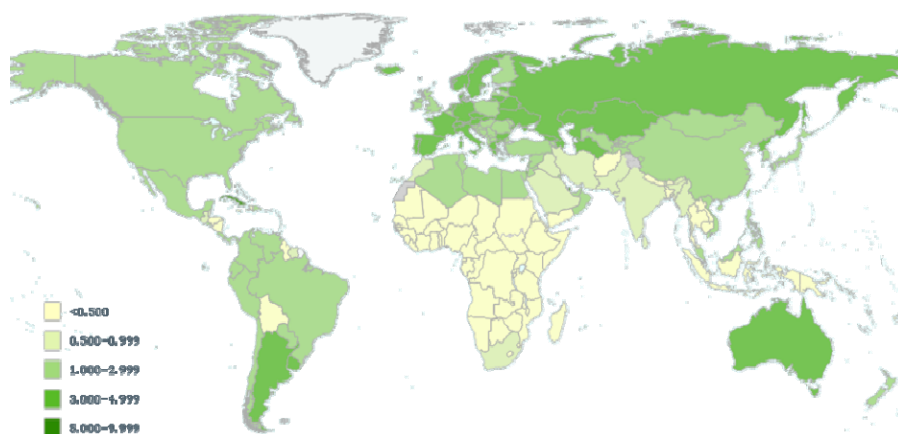
Con respecto a Latinoamérica, la emigración calificada en general viene en aumento no solo por factores de expulsión, sino por las agresivas políticas de los países enriquecidos y las condiciones salariales y laborales imposibles de equiparar en la región, haciendo imposible el retener y atraer a las personas de mayor capacidad (Martínez, 2006). De esta forma, la migración circulante o *brain exchange*, es decir, aquella que permite

fortalecer los espacios locales que serían los beneficiarios de la movilidad, no es el modelo predominante en Latinoamérica (Pellegrino, 2008). Así, las pérdidas de personal cualificado persistirán en los contextos inmigratorios de selectividad y restricciones por parte de los países que pueden contratar y de inacción por parte de los países proveedores, lo que induce a pensar en lo difícil que es retener a emigrantes potenciales, dejando de lado cualquier intento de privación de derechos individuales (Martínez, 2006). Problemática que, según Padilla (2010), se complejiza en el caso de las-os profesionales de la medicina, ya que existe una lógica diferente a la económica que prevalece para explicar la movilidad de innovadores, ingenieras-os, empresarias-os, científicas-os, personal académico y talentos culturales. En el caso de las-os médicas-os, la autora expone que los sistemas sanitarios de los países proveedores podrían verse afectados cuando éstas-os los abandonan, debido a que los intereses de las-os médicas-os pueden entrar en conflicto con los intereses del suministro de servicios de salud en el país de origen.

## **Flujos internacionales de movilidad laboral**

Expuesta, por una parte, la situación de los países que pueden contratar médicas-os, y por otra, la de aquellos que son proveedores, a continuación se aborda la relación de los flujos que se generan entre ellos. Como punto de partida, se toman las estadísticas de la OMS que muestran la densidad en la mundo de profesionales médicas-os por cada mil habitantes, en las cuales nuevamente queda en evidencia el problema de inequidad en la fuerza laboral médica. Con esta información de referencia, (Mapa 2), los flujos de médicas-os cobran otra dimensión, ya que una cosa es la movilidad de corta o larga duración entre países con índices de densidad en los mismos tonos de verde (*brain exchange, brain circulation*), y otra, los flujos de larga duración de los países en amarillo y verde claro hacia los verdes más oscuros (*brain drain*). De acuerdo a este indicador, de los 193 países de los que se presenta información en el mapa, los mayores índices de densidad de médicas-os (entre seis y ocho médicas-os por cada mil habitantes) están en Qatar, Mónaco y Cuba, representando solo el 2% del total mundial. Les siguen las densidades entre tres y cinco médicas-os en 35 países (18%), entre uno y tres médicas-os en 67 (35%), y menos de un médica-o por cada mil habitantes en 88 países, es decir, el 46%, casi la mitad del mundo.

**Mapa 2. Países del mundo por densidad de médicas-os por mil habitantes, 2005 a 2012**



**Fuente:** OMS [gamapserver.who.int/gho/interactive\_charts/health\_workforce\_PhysiciansDensity\_Total/atlas.html consulta septiembre de 2014]

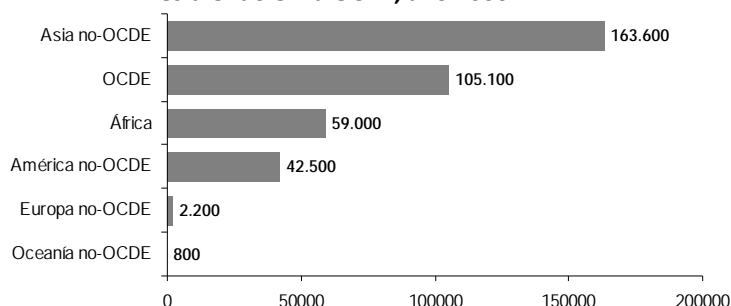
Los principales flujos de profesionales de la medicina se presentan en la región OCDE, bien sea de forma interna o de países, especialmente empobrecidos, hacia esta zona. De menor manera, en Latinoamérica se presenta movilidad internacional interna, por una parte, hacia México y los países del Cono Sur, y por otra, los convenios de cooperación con Cuba para proveer de médicas-os a la región en general, y en especial a Venezuela y Brasil<sup>39</sup>. Asimismo, algunas investigaciones como la de Mourshed et al. (en Taylor y Dhillon, 2011) apuntan a que no solamente el incremento de contratación de médicas-os extranjeras-os se da en la OCDE, sino que por el contrario, hoy en día los países del Golfo y de Asia están demandando cada vez más personal médico foráneo. En los países del Concilio de Cooperación del Golfo como Bahrain, Kuwait, Omán, Qatar, Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos, el 75% de la fuerza médica laboral está compuesta por médicas-os extranjeras-os, y se ha estimado que la demanda de estos países en las próximas dos décadas crecerá en un 240%, el más alto incremento de cualquier región en el mundo.

Teniendo en cuenta un informe elaborado por la OCDE para sus países miembros, aproximadamente la mitad de profesionales de la medicina que contrata en el extranjero, provienen de Asia no-OCDE (43,8%), de la OCDE (28,2%), África (15,8%) y América no-OCDE (11,4%), y en menor medida, Europa no-OCDE (0,6%) y Oceanía no-OCDE (0,2%), (Gráfica 1). Con base en esta distribución de los países proveedores de médicas-os a la región

<sup>39</sup> Infomed, Red de Salud de Cuba, <http://www.sld.cu/sitios/bmn/temas.php?idv=12389>, [consulta septiembre 2013]

OCDE, se puede concluir que existen dos tipos de flujos de movilidad internacional: el flujo interno de la OCDE y el flujo de los países empobrecidos hacia los países enriquecidos de esta zona.

**Gráfica 1. Regiones de origen de médicas-os extranjeras-os residiendo en la OCDE, año 2000**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos estadísticos del informe de la OCDE (2007)

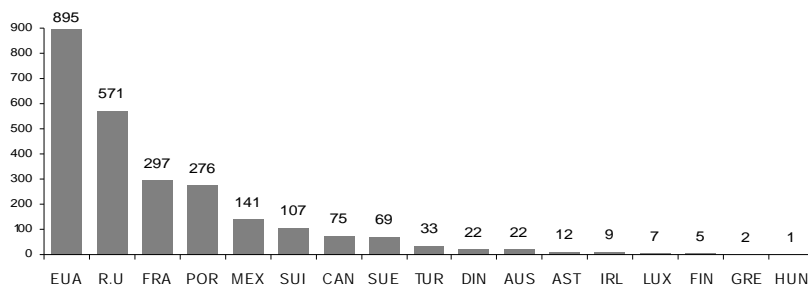
En cuanto al primero de los flujos, según la OCDE (2007), en esta región el Reino Unido y Alemania son los países que proveen un mayor número de médicas-os con movilidad intra-OCDE. Las/os médicas-os nacidas/os en el Reino Unido representan cerca del 75% de las/os inmigrantes dentro de la OCDE, con países de destino como Irlanda, Nueva Zelanda y Australia, éste último con más del 50%. La proporción de médicas-os nacidas/os en Alemania representa más del 20% de médicas-os inmigrantes en la mitad de países para los cuales hay datos disponibles tales como Austria, Suiza, Polonia y Turquía, pero en general representan pequeños grupos en los países de la OCDE diferentes a la lengua inglesa. De forma similar, médicas-os nacidas/os en Francia están en España, médicas-os españoles en Portugal y canadienses en Estados Unidos.

En el contexto de la Unión Europea, el informe también analiza que para el 2000 las/os médicas-os procedentes de los doce nuevos miembros ya representaban un porcentaje significativo de la fuerza de trabajo inmigrante. Este fue el caso, por ejemplo, de la adhesión de países como Polonia y Hungría, de Austria con un 28% de médicas-os, Grecia y Suecia con un 20% y en menor medida Dinamarca y Finlandia con un 14%. En este mismo espacio geográfico, y según un informe elaborado por Wismar et al. (2011) para la OMS y la EOHSP, el porcentaje de médicas-os extranjeras-os entre el 2004 y el 2007 presenta una asimetría entre Este y Oeste: baja en Turquía, Estonia, Eslovaquia y Polonia (0,02-0,7%); relativamente baja en Hungría, Italia y Francia (<5%); moderada en Alemania (5,2%) y Finlandia (6,2%); alta en Bélgica, Portugal, España, Austria, Canadá, Noruega y Suecia (7%-20%); y muy alta en Suiza, Eslovenia, Irlanda y el Reino Unido (22%-

37%). En el caso de los permisos para ejercer la medicina, el estudio afirma que en números absolutos y para el 2008, los mayores niveles se dieron en España (8.282), seguido por Reino Unido (5.022) y Alemania (1.583), y por el contrario, los niveles más bajos se encontraron en Lituania (11). En cuanto a la movilidad geográfica para el periodo de 2004 – 2007, Austria, Bélgica, Francia, Alemania e Italia recibieron médicas-os extranjeras-os de la misma Unión Europea (50%), en cambio Reino Unido y España reclutaron profesionales de la medicina principalmente de países de la Commonwealth y de Latinoamérica respectivamente. Igualmente, para el mismo periodo, el informe evidencia que se presentan zonas de intercambio de profesionales entre vecinos tales como las regiones Francia-Bélgica-Países Bajos, Austria-Alemania, Austria-Italia-Hungría, Eslovenia-Eslovaquia y Finlandia-Suecia-Estonia-Federación Rusa.

Si bien España contrata profesionales especialmente de Latinoamérica, a su vez, provee de médicas-os a otros países de la OCDE. La cuantía exacta de la emigración de profesionales de la medicina se desconoce, aunque según el informe mundial de la OCDE (2007), para el 2001 la tasa de expatriación era del 1,9 y los destinos, (Gráfica 2), con mayor número de médicas-os españoles eran Estados Unidos (35%), Reino Unido (22%), Francia (12%), Portugal (11%), y en menor medida México (6%) y Suiza (4%).

**Gráfica 2. Médicas-os de España residiendo en países de la OCDE, año 2001**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos estadísticos del informe de la OCDE (2007)

Aunque la tasa de expatriación para el 2001 es baja, el número de profesionales que han salido de España se ha incrementado en los últimos años debido a la aplicación de políticas neoliberales a los servicios sociales, específicamente al sistema sanitario español. No obstante la falta de cifras de las/os médicas-os españoles que ejercen la medicina en el extranjero, la Organización Médica Colegial de España expide los certificados de idoneidad que acreditan y permiten ejercer la profesión médica fuera del país. Aunque la solicitud y obtención de este certificado no implica el que se

esté fuera de España trabajando, sí puede interpretarse como la intención de querer hacerlo. Según la OMC<sup>40</sup>, 7.378 médicas-os han solicitado el certificado de idoneidad para salir de España en el periodo de 2011 a 2013, distribuidos en 3.538 certificados en 2013, 2.405 en 2012 y 1.435 en 2011, mostrando un incremento casi exponencial de solicitudes. Este aumento también lo experimentan todas las comunidades autónomas, aunque es especialmente llamativo en Madrid (843), Cataluña (592) y Andalucía (459). Como destino del certificado, la mayoría de médicas-os españoles prefieren el Reino Unido para ejercer o estudiar, seguido por Francia, Brasil, Alemania, Suecia, Bélgica e Irlanda. Sin embargo, la brecha es significativa dado que para el Reino Unido se expidieron 1.133 certificados, mientras que para Brasil solo 252, Alemania 229, Suecia 140 y Suiza 62. Con cifras muy poco significativas, aunque dicentes, se encuentran países como Togo, Namibia, Liberia, Chad o Zimbabwe. Con respecto a las especialidades, Medicina Familiar (241), Anestesiología (95) y Pediatría (70) ocupan los primeros lugares de solicitudes. Por último, el perfil del-a profesional que solicita el certificado son jóvenes entre 31 y 35 años, seguidas-os por el tramo de 36-40 y 25-30, y en cuanto al género, se expidieron un 53% de certificados para médicos frente a un 47% para médicas.

Junto a los flujos intra-OCDE analizados anteriormente, el segundo flujo migratorio tiene que ver con la movilidad de profesionales de la medicina de los países empobrecidos hacia los enriquecidos de la OCDE, reflejada en la tasa de expatriación. Esta tasa mide la relación de médicas-os formadas-os en su país de origen y que están residiendo en la región OCDE. De los veinte países con mayor tasa de expatriación, (Tabla 5), el 45% son de la región Caribe de América, el 45% de África y el 10% de Oceanía. Asimismo, el 45% de estos países con mayores tasas tienen un Índice de Desarrollo Humano -IDH<sup>41</sup>- bajo, es decir, entre los puestos 142 a 186. Esta situación contrasta fuertemente con los países con mayor IDH del mundo, pero que a su vez tienen las tasas más bajas de expropiación -TE-: Reino Unido (TE 11,3 vs. IDH 26), Alemania (TE 5,8 vs. IDH 5), Australia (TE 4 vs. IDH 2), Portugal (TE 2,3 vs. IDH 43), Francia (TE 2 vs. IDH 20), España (TE 1,9 vs. IDH 23), Italia (TE 1,8 vs. IDH 25) y Estados Unidos (TE 0,6 vs. IDH 3). En cuanto a los factores de los flujos migratorios que tienen que ver con los lazos coloniales, de los 20 países con mayores tasas de expropiación el 60% fueron colonia de Inglaterra, el 10% de Francia y el 25% de Portugal. Salvo Liberia y Haití, el resto de países obtuvieron su independencia solo hasta después de 1960.

---

<sup>40</sup> OMC, [https://www.cgcom.es/noticias/2014/02/14\\_02\\_18\\_certificado\\_idoneidad](https://www.cgcom.es/noticias/2014/02/14_02_18_certificado_idoneidad) [consulta septiembre de 2014]

<sup>41</sup> El Índice de Desarrollo Humano elaborado por el PNUD, mide la longevidad (esperanza de vida al nacer), nivel educacional (combinación de la tasa de alfabetización de adultos -dos tercios- y la tasa bruta de matrícula combinada de primaria, secundaria y superior -un tercio-) y el nivel de vida (PIB real per cápita) (UNDP, 2013).

Tabla 5. Países de origen por tasa de expatriación (20 primeros), año 2000					
País de origen	Médicas-os en la OCDE	Tasa de expatriación	Región	Colonia de	IDH 2012
Antigua y Barbuda	100	89,3	América	Inglaterra	67, Alto
Granada	109	72,7	América	Inglaterra	63, Alto
Guyana	949	72,2	América	Inglaterra	118, Medio
Mozambique	935	64,5	África	Portugal	185, Bajo
Angola	1.512	63,2	África	Portugal	148, Bajo
Dominica	58	60,4	América	Inglaterra	72, Alto
Fiji	382	58,5	Oceanía	Inglaterra	96, Medio
Sierra Leona	236	58,4	África	Inglaterra	177, Bajo
Rep. Unida de Tanzania	1.018	55,3	África	Inglaterra	152, Bajo
Trinidad y Tobago	1.206	54,6	América	Inglaterra	67, Alto
Liberia	122	54,2	África	Inglaterra	174, Bajo
Islas Cook	16	53,3	Oceanía	ING-NZ	-
San Vicente y Granadinas	115	53,2	América	Inglaterra	83, Alto
Haití	2.209	53,1	América	Francia	161, Bajo
Guinea-Bissau	182	49,2	África	Portugal	176, Bajo
Jamaica	2.114	48,4	América	Inglaterra	85, Alto
Santo Tomé y Príncipe	71	46,7	África	Portugal	144, Bajo
Barbados	275	46,1	América	Inglaterra	38, Muy alto
Senegal	449	43,0	África	Francia	154, Bajo
Cabo Verde	165	41,7	África	Portugal	132, Medio
Fuente: Elaboración propia a partir del informe de la OCDE (2007) y UNDP (2013)					

## Movilidad médica de Latinoamérica hacia España

En el contexto de los SSN y de las dinámicas de los flujos internacionales de profesionales de la medicina, el foco es puesto ahora en la movilidad médica de Latinoamérica hacia España. En este sentido, por una parte, son reseñadas las investigaciones que han sido realizadas sobre las-os médicas-os latinoamericanas-os en España. Y de otra, ante la ausencia de cifras sobre la movilidad de médicas-os latinoamericanas-os y siguiendo el desplazamiento de la mirada de España no solo como país de destino sino como lugar desde el cual es posible cartografiar Latinoamérica, es esbozado un perfil cuantitativo inédito de las-os profesionales que en América Latina tienen la intención de ejercer su profesión en España. Intención que es interpretada en el marco de este trabajo, a la luz de la realización de los trámites de las acreditaciones de la formación médica y/o especialista, y la concesión de las mismas por parte de las instituciones españolas responsables. En este sentido, el análisis interseccional de esta situación gira en torno a variables centrales para la investigación como el país de nacionalidad (racialización), el género (generización) y la especialidad (enclasmiento al interior de la medicina), las cuales permiten poner en relación a Latinoamérica con respecto a España, la UE/EEE y el resto del mundo; a las médicas con los médicos; así como a las-os especialistas con generales y entre especialidades.



Ahora bien, tal como se analizó para el caso de los flujos internacionales en general, la densidad de médicas-os por mil habitantes, (Mapa 2), puede indicar si se presenta pérdida/ganancia o circulación de personal médico. Para el caso de la movilidad entre Latinoamérica y España la información respecto a la densidad de médicas-os tanto de América Latina como del país europeo, (Tabla 6), indica que la movilidad entre Cuba, Uruguay, España y Argentina puede considerarse de *brain exchange* o *brain circulation*, ya que la densidad de médicas-os por cada mil habitantes, por una parte, es muy similar en el caso de Uruguay, España y Argentina, y por otra, es duplicada por los indicadores de Cuba. Por el contrario, la contratación en España de médicas-os de los países de la zona blanca de la Tabla 6 (México, Venezuela, Brasil, Ecuador, El Salvador, Panamá, República Dominicana, Colombia, Perú, Costa Rica, Paraguay, Chile, Guatemala, Bolivia, Nicaragua, y Honduras) representa un *brain drain* para Latinoamérica debido a la densidad tan baja de médicas-os, aunque para España significa los beneficios como país contratante, ambas consecuencias expuestas en el epígrafe anterior. No obstante, la situación de pérdida de personal médico para América Latina se invertiría en el caso de que la movilidad sea temporal y haya retorno profesional a la región latinoamericana.

Tabla 6. España y países de Latinoamérica por densidad de médicas-os por mil habitantes		
País	Año dato	Médicas-os por mil habitantes
Cuba	2010	6,72
Uruguay	2008	3,74
España	2012	3,70
Argentina	2004	3,16
México	2011	2,10
Venezuela	2001	1,94
Brasil	2013	1,89
Ecuador	2009	1,69
El Salvador	2008	1,60
Panamá	2011	1,55
República Dominicana	2011	1,49
Colombia	2010	1,47
Perú	2012	1,13
Costa Rica	2013	1,11
Paraguay	2002	1,11
Chile	2009	1,02
Guatemala	2009	0,93
Bolivia	2011	0,47
Nicaragua	2003	0,37
Honduras	2005	0,37
Fuente: Elaboración propia con base en las estadísticas de la OMS [consulta en línea septiembre de 2014]		

## Investigaciones cualitativas desde las migraciones

Las investigaciones sobre médicas-os latinoamericanas-os que ejercen su profesión en España han sido realizadas desde instituciones universitarias y desde la OPS como organismo multilateral regional. Están enmarcadas en los estudios de las migraciones, tienen carácter cualitativo, y por su alcance geográfico se pueden clasificar en dos tipos. Primero, están los estudios comparados, específicamente Portugal y España, los cuales comprenden dos trabajos. El primero de ellos, “La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: Una aproximación general”, es un artículo de Erika Masanet (2010) publicado en *Obets, Revista de Ciencias Sociales*. El segundo, “A imigração qualificada dos(as) médicos(as) brasileiros(as) na Espanha e em Portugal: quais as diferenças e as semelhanças?”, también es un artículo de Masanet (2012), publicado en el libro de actas *Novas e Velhas Configurações da Imigração Brasileira na Europa. Atas do 2º Seminário de Estudos sobre a Imigração Brasileira na Europa*. En la Tabla 7 se presenta de forma sistematizada los objetivos, contenido temático y metodología utilizada en estas investigaciones.

Tabla 7. Investigaciones comparativas España y Portugal	
La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: Una aproximación general (Masanet, 2010)	
<b>Objetivos</b>	Proporcionar un panorama general de la migración cualificada de personal sanitario en España y Portugal.
<b>Contenido temático</b>	i) Aproximación al escenario mundial reciente de la migración internacional de profesionales de la salud y sus principales tendencias. ii) Análisis de las estadísticas disponibles en Portugal y España sobre esta población con el fin de proporcionar una caracterización de los profesionales de la salud extranjeros que residen en ambos países. iii) Descripción de los principales paradigmas teóricos que servirán de apoyo para la explicación de las causas de este tipo de migración. iv) Rasgos generales de tres grupos de profesionales sanitarios extranjeros en Portugal: el grupo de españoles, el grupo de europeos del Este y el grupo de profesionales que han llegado a través de acuerdos bilaterales procedentes de Uruguay y Cuba.
<b>Aspectos metodológicos</b>	Fuentes bibliográficas y estadísticas oficiales secundarias.
A imigração qualificada dos(as) médicos(as) brasileiros(as) na Espanha e em Portugal: quais as diferenças e as semelhanças? (Masanet, 2012)	
<b>Objetivos</b>	Ofrecer una primera aproximación a la inmigración altamente cualificada de los médicos brasileños en España y Portugal, destacando los procesos de integración profesional en el Sistema Nacional de Salud portugués y español, como también investigar las posibles barreras en sus carreras profesionales.
<b>Contenido temático</b>	i) Estadísticas de las/os médicas-os extranjeras-os en Portugal y España. ii) Motivos de la migración a España y Portugal. iii) Proceso de integración institucional: la equivalencia del diploma y el reconocimiento profesional en España y Portugal, tanto a nivel de licenciatura como de especialidad. iv) Condiciones de integración profesional de las/os médicas-os brasileñas-os y las

Tabla 7. Investigaciones comparativas España y Portugal
posibilidades de carrera profesional.
<b>Aspectos metodológicos</b> Trabajo de campo que incluye la realización de entrevistas en profundidad en el 2011 a 12 médicas-os brasileñas-os que residen y trabajan en Portugal (5) y España (7) y 10 entrevistas con informantes clave. De las-os entrevistadas-os en Cataluña, España, (4 hombres y 3 mujeres), tres están haciendo la residencia, tres son especialistas en el país de origen (uno de ellos hizo la especialidad también en España) y uno es médico general. En el caso de Portugal (4 hombres y 1 mujer) dos son médicos generales, tres son especialistas en el país de origen y uno de ellos logró el reconocimiento del título de especialista en Portugal.
<b>Fuente:</b> Elaboración propia con base en las investigaciones reseñadas

El segundo grupo de estudios, centra su atención únicamente en el caso de España y se han llevado a cabo tres investigaciones. La primera de ellas, “Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos. Retos y perspectivas en los países de la Región Andina”, es un “aporte técnico” a la problemática de los recursos en salud (OPS, 2013: 13) coordinado desde la oficina del Área Subregión Andina de la OPS/OMS. Para su elaboración contó con la participación de equipos nacionales de investigación de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela y España. El segundo texto, “Migración cualificada: Trayectorias socioprofesionales de los médicos latinoamericanos en Cataluña”, es una ponencia de Andrés Freire (2012) publicada en el libro de actas del *VII Congreso Migraciones Internacionales en España. Movilidad humana y diversidad social*. El último documento, “Médicos latinoamericanos en Cataluña: Procesos de integración y desarrollo profesional”, es un artículo de Erika Masanet y Andrés Freire (2013) publicado en *REMHU, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*. De manera análoga a la tabla anterior, en la Tabla 8 han sido sistematizados los objetivos, contenidos temáticos y metodología utilizada en cada una de estas tres investigaciones.

Tabla 8. Investigaciones sobre médicas-os latinoamericanas-os en España
Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos. Retos y perspectivas en los países de la Región Andina (OPS, 2013)
<b>Objetivos</b> Contribuir a estimular la reflexión para propiciar la adopción de políticas públicas para profundizar, dimensionar apropiadamente el problema y sus posibles soluciones, en un marco prospectivo de integración Subregional Andina y de América del Sur. Para ello se plantea como objetivos: i) Analizar el proceso migratorio en los países andinos tomando en cuenta sus causas internas -propias de las personas- y externas -propias de los países de origen y de destino-, así como las motivaciones sociales, económicas y culturales de la migración calificada en salud, diferenciando los colectivos de médicos y enfermeras. ii) Indagar si la magnitud de este proceso social ha sido detectada por los Estados de los países andinos para diseñar e implementar sistemas de prevención frente a las consecuencias mediatas y de largo plazo, de la salida del personal de salud calificado y sus impactos en los sistemas de salud.

Tabla 8. Investigaciones sobre médicas-os latinoamericanas-os en España	
<b>Contenido temático</b>	i) Estudio de migraciones de los países de la Región Andina en España. ii) Estudio del impacto económico-financiero de las migraciones en los países de la Región Andina. iii) Reconocimiento de equivalencia de títulos extranjeros en la Región Andina.
<b>Aspectos metodológicos</b>	Estudio de los países de la Región Andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) en España (médicas-os residentes en Barcelona). Realización de 56 entrevistas a informantes claves de la Región Andina y la revisión de fuentes documentales en todos los países. Para el análisis de las-os profesionales emigrantes, se realizaron 24 entrevistas a profundidad a médicas-os y enfermeras-os residentes en España; y a 12 profesionales que habían retornado a los países de origen. Para complementar la visión del conjunto, se efectuaron 110 entrevistas a estudiantes de las escuelas de Medicina y Enfermería de la Región Andina que pertenecían a las universidades estatales con el mayor número de matrículas en cada uno de los países. No fue posible encontrar la fecha de realización del trabajo de campo, sin embargo, los primeros avances fueron presentados en el 2010 y el informe definitivo en el 2013.
Migración cualificada: Trayectorias socioprofesionales de los médicos latinoamericanos en Cataluña (Freire, 2012)	
<b>Objetivos</b>	Descripción y comprensión de las experiencias, proyectos y estrategias de las-os médicas-os de Colombia y Uruguay que han emigrado/inmigrado a Cataluña.
<b>Contenido temático</b>	i) Proceso migratorio y trayectorias socioprofesionales. ii) Premigración: motivos, contextos de origen y redes. iii) Etapa de instalación: barreras. iv) Rol profesional: "rupturas" y "continuidades". v) Balance de la experiencia: trayectorias en movimiento.
<b>Aspectos metodológicos</b>	Utilización de la técnica de entrevistas en profundidad de contenido sociobiográfico. Se realizaron 11 entrevistas cara a cara, durante febrero y marzo de 2011 en diversos puntos de Cataluña a 5 médicas-os colombianas-os (4 especialistas y 1 MIR, 2 mujeres y 3 hombres) y 6 uruguayas-os (5 especialistas y 1 MIR, 2 hombres y 4 mujeres) en edades comprendidas entre 32 y 52 años.
Médicos latinoamericanos en Cataluña: Procesos de integración y desarrollo profesional (Freire y Masanet, 2013)	
<b>Objetivos</b>	Analizar los procesos de integración profesional de las-os médicas-os latinoamericanas-os en el mercado de trabajo de salud catalán y sus posibilidades de desarrollo profesional, tomando como ámbito geográfico la comunidad autónoma de Cataluña, a partir de las percepciones de las-os propias-os médicas-os sobre sus trayectorias migratorias y profesionales.
<b>Contenido temático</b>	i) Contexto general de la migración de médicas-os de América Latina a España. ii) Procesos de inserción e integración profesional. iii) Barrera institucional: la homologación de la especialidad médica. iv) Prejuicios y discriminación
<b>Aspectos metodológicos</b>	Artículo basado en dos investigaciones anteriores de las-os autores. Utilización de la técnica de entrevista en profundidad, con un total de 24 entrevistas a 11 médicas y 13 médicos que emigraron a España a partir del año 2000, desde cinco países de Latinoamérica: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba y Uruguay. Las entrevistas fueron hechas en Cataluña entre febrero y julio de 2011. Las muestras incluyeron a 17 profesionales que obtuvieron su especialidad en el extranjero en distintas áreas, 6 médicos que se estaban formando como especialistas en España a través del sistema de formación MIR y un médico generalista, con edades comprendidas entre los 26 y los 56 años.
<b>Fuente:</b> Elaboración propia con base en las investigaciones reseñadas	

Al comparar las investigaciones, es posible encontrar algunos elementos comunes en los cinco trabajos. Primero, toman como referencia un contexto caracterizado por lógicas economicistas y tecnócratas en la gestión internacional de los recursos humanos de los sistemas sanitarios. Asimismo, esta gestión adolece de la falta de información con lo cual no es posible determinar si hay escasez mundial o si existe un problema de distribución geográfica desigual de recursos. En este escenario, la estrategia de la contratación internacional de profesionales de la medicina es una solución a corto plazo para cubrir el déficit de personal médico. En consecuencia, la contratación de médicas-os origina una serie de flujos internacionales, que en el caso de España, convierte al país tanto en receptor, principalmente de Latinoamérica y de Europa del Este, como en proveedor de médicas-os para la región OCDE. Segundo, las investigaciones coinciden en abordar diversos enfoques teóricos desde los estudios de las migraciones contemporáneas, debido a la complejidad de la migración de profesionales médicas-os y a la imposibilidad de su análisis desde una teoría exclusivamente. De esta forma, las perspectivas utilizadas por las-os autores incluyen la teoría de los factores de atracción y de expulsión, las teorías neocoloniales y de lazos históricos, la teoría de las redes transnacionales de migración, los factores políticos en la migración cualificada de personal sanitario, y la desigual integración capitalista entre países de origen en vías de desarrollo y países de destino desarrollados. Tercero, utilizan como fuente cuantitativa de contexto a nivel internacional los datos elaborados desde los organismos multilaterales como OIM, OCDE y OMS, y a nivel de España los datos generados desde el MECD, MSSSI y los diferentes colegios médicos. Por último, en cuanto a la metodología, las cuatro investigaciones empíricas se centran en información cualitativa inédita, más no cuantitativa. Como herramienta cualitativa utilizan la entrevista en profundidad y el trabajo de campo se lleva a cabo en un periodo de tiempo entre 2009 y 2011, aproximadamente. Las-os médicas-os entrevistadas-os por Masanet y Freire son de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba y Uruguay. La OPS incluye entrevistas a profesionales de la Región Andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela). El ámbito geográfico de realización del trabajo de campo de los estudios en España es la comunidad autónoma de Cataluña.

Ahora bien, los resultados de las investigaciones enmarcadas en los estudios de las migraciones, pueden clasificarse en las siguientes categorías: reclutamiento internacional, perfil y motivos de la emigración a España, barreras en el proyecto migratorio, integración profesional, valoración de la experiencia, estrategias frente al escenario de crisis en España, y proyecto de retorno. Si bien todas las investigaciones mencionan el reclutamiento internacional de profesionales de la medicina como parte del contexto de la migración de médicas-os, la OPS (2013) enfatiza mucho más en este aspecto. Para este organismo regional de la OMS, las regulaciones que

fomentan la aplicación de políticas de reclutamiento juegan un rol determinante, en cuanto contribuyen a potenciar e incrementar la migración de médicos-os. Aún más, a través de estas políticas los Estados expresan el deseo de llegada de inmigrantes calificadas-os, lo cual determina y en cierta forma facilita aspectos de la experiencia migratoria como las rutas, redes, homologaciones de títulos, y formas de inserción laboral y vital en destino. La OPS (2013) también desvela que la emigración de personal médico de Latinoamérica a España, incentivada muchas veces a través de agencias de reclutamiento, termina siendo un subsidio perverso con dos consecuencias negativas para los países de la Región Andina. Primero, al mismo tiempo que se produce la satisfacción de demanda en España, es provocada la pérdida de profesionales en los sistemas de atención de la salud en los países de esta región; y segundo, la formación ha corrido por parte de los países andinos que han invertido recursos financieros siempre escasos. En cuanto a este tema, el mismo informe técnico recomienda que para mitigar la gestión activa de países enriquecidos en el reclutamiento de médicos-os son necesarias dos estrategias. Por una parte, fomentar la cooperación y colaboración entre países, para retener los recursos humanos e incentivar el retorno de las-os emigradas-os. Por otro lado, diseñar un sistema de planificación de recursos humanos que tenga en cuenta a la vez, la libertad de movilización y adquisición de cualificación, así como las necesidades de los SSN de los países de la Región Andina.

En cuanto a los motivos de migración a Cataluña, las investigaciones coinciden en que las principales razones para iniciar el proyecto migratorio son, por una parte, la búsqueda de oportunidades profesionales y la excelencia académica que conlleva la realización de la especialización en España; y por otra, dejar atrás tanto condiciones de trabajo insatisfactorias como situaciones de inseguridad y conflicto en los países de origen (OPS, 2013; Masanet, 2012; Freire, 2012; Freire y Masanet, 2013). Asimismo, frecuentemente pueden encontrarse motivos relacionados con la migración por amor (Masanet, 2012). Con relación a la intención de migrar de las-os profesionales de la medicina de la Región Andina es más fuerte entre las-os estudiantes de medicina que entre las-os de enfermería, así como es más frecuente entre las-os que no tienen hijas-os, y entre aquellas-os con redes migratorias previas. Los principales centros de formación de profesionales de la medicina que emigraron fueron universidades públicas, y se pueden identificar como destinos de emigración de la Región Andina los países de España, Estados Unidos, México y otros de Suramérica, principalmente Argentina y Brasil (OPS, 2013).

De otra parte, es considerado como relevante el papel jugado por las instituciones al momento de facilitar o dificultar los procesos de inserción profesional, siendo la barrera institucional más importante el

reconocimiento de la especialidad médica hecha en origen, y en menor medida la homologación del título de medicina y la colegiación (Masanet, 2012; Freire, 2012; Freire y Masanet, 2013). En este sentido el surgimiento de asociaciones de médicas-os extranjeras-os podría plantear un nuevo escenario de negociación del reconocimiento de títulos de formación (Freire, 2012). Asimismo, otra barrera percibida por las-os entrevistadas-os son los prejuicios y discriminación en el ámbito profesional, a causa del lugar de origen, fenotipo y acento, sin embargo, también reconocen que esta barrera puede ser superable con el tiempo, y que asimismo las-os profesionales españoles u otras-os inmigrantes sufren discriminación por otras razones como el género o la edad (Freire y Masanet, 2013).

Las investigaciones también permiten identificar la existencia de procesos y modos diferenciados de integración profesional. Por una parte, el grupo de médicas-os que viene a formarse en el MIR presentan ciertas ventajas frente a las-os otras-os profesionales que se encuentran en España (Masanet, 2012; Freire y Masanet, 2013). Asimismo, podría hablarse de nichos en el mercado de trabajo sanitario, donde las-os médicas-os inmigradas-os logran insertarse más o menos provisoriamente (Freire, 2012). Sin embargo, se presentan procesos de descualificación profesional (*deskilling*) en aquellos trabajos no deseados por los españoles, lo que implica una ruptura en la continuidad de las carreras profesionales y pérdida de identidad profesional (Masanet, 2012; Freire y Masanet, 2013). Aunque también hay casos contrarios, donde las trayectorias pueden seguir un curso favorable a partir de la superación de barreras institucionales, la generación de mayor capital social, y ciertas estrategias de recualificación (*reskilling*) orientadas a la movilidad profesional (Freire y Masanet, 2013).

Otros elementos a considerar son la valoración sobre el proyecto migratorio, el actual panorama de crisis en España, y el retorno. En cuanto al primer aspecto, las-os médicas-os consideran que en general han podido acceder a una mejor calidad de vida para sí y su familia. Sin embargo, el cambio de expectativas y objetivos resulta fundamental para sostener un proyecto de permanencia, por ejemplo, para algunas-os la realización profesional ha quedado en un segundo plano con respecto a otros motivos (Freire, 2012). El autor también llama la atención sobre la importancia de las redes sociales durante el inicio y la concreción del proyecto migratorio. Con respecto al contexto de crisis podrían estar emergiendo dos fenómenos simultáneos: el aumento en los últimos años de la cantidad de médicas-os formadas-os en España que emigran al exterior, así como la disminución de los flujos de entrada de médicas-os que llegan a trabajar y/o estudiar principalmente provenientes de América Latina (Freire y Masanet, 2013). Por último, la OPS (2013) con su trabajo de campo en la Región Andina concluye que ninguno de las-os emigrantes retornadas-os tuvo dificultades en el momento de ingresar nuevamente al mercado laboral de los SSN tanto

público como privado. Sin embargo, ante esta incorporación al ejercicio médico manifiestan desencuentros entre lo aprendido en España en cuanto formación y práctica profesional, con los niveles tecnológicos y los recursos financieros disponibles en sus países de origen andinos.

### **Médicas-os latinoamericanas-os con intención de ejercer en España**

En el contexto ofrecido por las investigaciones cualitativas reseñadas previamente, a continuación se presenta un perfil de las-os profesionales latinoamericanas-os que tienen la intención de ejercer la medicina en España, a través del análisis cuantitativo de las credenciales de formación académica que las instituciones españolas han concedido a las-os profesionales de esta región durante los últimos 25 años, del periodo comprendido entre 1987 a 2012. Este perfil cuantitativo centra el análisis en categorías como la nacionalidad, el género y la especialidad, con el fin de poner en relación a Latinoamérica con España, la UE/EEE y el resto del mundo; a las médicas con los médicos; y por último, a especialistas con generalistas, y entre especialidades. De esta forma, el análisis interseccional podrá hacer visibles los procesos de racialización (nacionalidad), generización (género) y enclasmiento al interior de la medicina (especialización) en la concesión de credenciales de formación académica, requisito básico para ejercer la profesión de forma legal en España. Es necesario aclarar que la concesión de estas credenciales no quiere decir que las-os profesionales estén ejerciendo la medicina en este país. Por el contrario, puede darse el caso de tener concedida la credencial y no estar en España, o estarlo pero sin poder ejercer la medicina por falta de otro tipo de credencial como el permiso de trabajo, o porque aún contando con estas dos credenciales no hay ofertas laborales en el SSN tanto privado como público. Sin embargo, se puede asumir que en el caso de las-os médicas-os latinoamericanas-os que han realizado el trámite de acreditación de la formación ante España, hay indicios de una motivación para la movilidad internacional hacia este país, ya que éstas funcionan como pasaporte internacional que permite la movilidad de profesionales médicas-os entre los SSN, y estarían listas para el caso en que el sistema sanitario español necesite nuevamente contratar médicas-os extranjeras-os.

Ahora bien, la concesión de credenciales para ejercer la medicina en España depende de las decisiones tomadas por las instituciones que conforman el gobierno del sistema sanitario español, bajo la lógica neoliberal de la gestión del personal médico. Tal como se ha expuesto, si estas instituciones han reconocido las dificultades para planificar y distribuir el personal médico a nivel mundial, en España la situación no es diferente. La Comisión Europea en un estudio comparado de la zona



realizado en el 2010, concluye que existe una ausencia de planificación coordinada de la fuerza laboral médica en España. En cuanto a las organizaciones de planificación del personal médico español y de acuerdo al mismo informe, en el 2002 se traspasaron las competencias de salud a las comunidades autónomas, de forma que las-os trabajadoras-es sanitarias-os pasan a ser empleadas-os del respectivo sistema de salud regional de cada comunidad que determina su adecuada remuneración, aunque la recaudación de los fondos tiene lugar de forma centralizada. Con respecto a la regulación de la formación tanto a nivel universitario como de especialización de profesionales de la medicina, está coordinada principalmente por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad -MSSSI- y por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte -MECD- (CE, 2010b). Sin modificar la distribución de competencias en el país, a partir del mes de mayo de 2010 el gobierno de España implementa las políticas neoliberales en el sector sanitario, siendo el papel del MSSSI de muy bajo perfil frente al papel dominante de los organismos económicos multilaterales, debido principalmente a la escasez y debilidad de los instrumentos del sistema sanitario español (Repullo, 2014).

En este panorama, el registro de información sobre la fuerza médica española es fragmentado e incompleto. Según la Comisión Europea (2010b), las asociaciones profesionales poseen información sobre las personas afiliadas pero la pertenencia a una asociación profesional dejó de ser obligatoria en 2000, por tanto no hay datos exactos sobre el número de especialistas. El MSSSI y el MECD mantienen un registro de tituladas-os pero las-os profesionales de la medicina inactivas-os o fallecidas-os no son dadas-os de baja en la base de datos. Otras fuentes de datos son los Colegios Médicos y el Instituto Nacional de Estadística -INE- (González, Barber y Dávila, 2011). En el primero de los casos, aunque no todas-os las-os profesionales de la medicina de España están registradas-os en los diferentes colegios médicos, prácticamente todas-os las-os extranjeras-os sí lo están por razones de prestigio social y credibilidad profesional, aunque este dato puede estar sobre representado. En el caso del INE, trimestralmente aplica la Encuesta de Población Activa en la cual se recaban datos sobre la fuerza laboral española, incluyendo la información sobre profesionales de la medicina. Las-os autores anotan que en cuanto a la emigración de profesionales médicas-os de España a otros países de Europa y del mundo no existen fuentes de información ni registros oficiales.

Esta falta de planificación y de registro de datos está reflejada en las estimaciones sobre la fuerza laboral en España de las diferentes instituciones. La OMC afirma que para el 2001 había un excedente de 15.000 médicas-os, en el 2007 un déficit de entre 15.000 y 20.000, y desde el 2012 nuevamente un excedente de la misma cantidad de profesionales. No obstante, la organización colegial reconoce que es prácticamente

imposible saber si faltan o sobran médicas-os o si tal vez solo se necesitan en determinadas especialidades y en algunas zonas geográficas del país (OMC en Sevillano, 2014). De otra parte, el MSSSI según la oferta-necesidad de especialistas en España, concluye que en términos globales estará en equilibrio hasta el 2025, la profesión se irá rejuveneciendo y el porcentaje de mujeres se incrementará del 46,8% actual al 56% en 2025 (MSSSI y UPGC, 2011). Sin embargo, según la Comisión Europea (2010b) durante la última década, España ha pasado de una situación de superávit a otra de escasez de médicas-os. Esta falta de planificación también se ve reflejada en la administración de recursos a nivel de especialistas (MSSSI y UPGC, 2011). Pediatría es una especialidad con déficit moderado de profesionales, junto con Trabajo, Ortopédica y Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Plástica, Estética y Reparadora. En cuanto a las especialidades con superávit moderado se encuentran Alergología, Análisis clínicos, Anatomía Patológica, Neurocirugía y Oncología médica, entre otras. La Medicina Familiar y Comunitaria, especialidad considerada como deficitaria en los estudios previos y que en la actualidad se considera en equilibrio, presentará un superávit leve en 2015, equilibrio en 2020 y déficit leve en 2025.

Ante esta situación, desde el 2006 el MSSSI ha encargado varios estudios sobre necesidades actuales y futuras de médicas-os por especialidad para utilizarlos como base de planificación. El último estudio publicado en el 2011 tiene en cuenta los cambios en la situación económica española y la reducción del gasto sanitario que han puesto en marcha algunas comunidades autónomas, que afecta directamente la contratación de profesionales y las plantillas de médicas-os, así como la demanda actual y futura de profesionales. Este informe concluye que aunque la falta de registro de profesionales dificulta la planificación, debe definirse como estrategias principales de planificación el *numerus clausus* de las facultades y la formación especializada con las plazas adjudicadas por el sistema MIR. Sin embargo, enfatiza que la movilidad de médicas-os hacia España debe seguir incentivándose, ya que alivia por una parte las tensiones de los mercados a corto plazo, y por otra, flexibiliza la oferta (MSSSI y UPGC, 2011). Asimismo, debe seguir estimulándose el ingreso de médicas-os extranjeras-os en el sistema de formación especializada MIR, al ser parte de la estrategia de suministro de personal médico por parte de los hospitales para contar con mano de obra barata y cualificada (Comisión Europea, 2010b). Recomendaciones para la planificación a nivel local totalmente alineadas con las directrices globales de los SSN.

Frente a estas dinámicas en el proceso de planificación de la fuerza médica en España, se sitúa el análisis cuantitativo de la intencionalidad de las/os médicas-os latinoamericanas-os de ejercer la medicina en este país, representada en la gestión y la concesión de las credenciales de formación

académica como requisito básico para la práctica médica. Para tal efecto se gestionó ante el MSSSI y MECD, (Tabla 9), el acceso a información sobre homologaciones de títulos de formación tanto en medicina como en la especialidad, al MSSSI sobre la adjudicación de plazas en el sistema de formación de especialistas MIR de España, y de colegiaciones a los diferentes colegios médicos del país. Vale la pena anotar el cambio de competencias entre los ministerios, desde la primera solicitud de cifras en el 2009 y su actualización en el 2013. Para el año 2012 el MECD solo expide los títulos de medicina de formación interna, y tramita la homologación de los títulos de medicina de instituciones de países extracomunitarios. Todo lo relacionado con la formación, homologación y/o reconocimiento a nivel de formación especialista está ahora a cargo del MSSSI.

Tabla 9. Fuentes análisis cuantitativo			
Variables		Datos 2009	Datos 2012
FORMACIÓN INTERNA	Titulaciones Medicina: Año, género	MECD	MECD
	Titulaciones Especialidad: Año, género, especialidad	MECD	MECD
MÉDICO INTERNO RESIDENTE	Plazas MIR asignadas: Año, género, país de origen, especialidad adjudicada, comunidad autónoma de destino	MSSSI	MSSSI
EXTRACOMUNITARIOS (No miembros UE/EEE)	Titulaciones Medicina: Año, género, universidad, país	MECD	MECD
	Titulaciones Especialidad: Año, género, país, especialidad	MECD	MSSSI
COMUNITARIOS (Miembros UE/EEE)	Titulaciones Medicina: Año, género, país, universidad	MECD	MSSSI
	Titulaciones Especialidad: Año, género, país, especialidad	MECD	MSSSI
Fuente: Elaboración propia			

Los datos enviados por los ministerios en ficheros de Excel abarcan un gran volumen de información correspondiente al periodo de 25 años, comprendido entre los años de 1987<sup>42</sup> a 2012. El procesamiento de las cifras que da soporte al enfoque interseccional de este análisis cuantitativo, está basado en la nacionalidad<sup>43</sup>, la especialidad y el género, variables incluidas de forma independiente facilitando el procesamiento por cada una de ellas. No obstante, para el análisis de género se adopta la propuesta de la Brecha Digital de Género<sup>44</sup> -BDG-, índice desarrollado por Castaño et al.

<sup>42</sup> El año de inicio de la serie es la fecha en que el MECD automatizó la información referente a las credenciales de formación.

<sup>43</sup> Los mapamundis han sido elaborados en la aplicación de acceso libre de la web Indexmundi, <http://www.indexmundi.com/Map/creator/>

<sup>44</sup> La Brecha Digital de Género está definida como el cociente del valor mínimo y el valor máximo entre mujeres -M- y hombres -H- menos uno ( $(\min\{M,H\}/\max\{M,H\})-1$ ). Los investigadores proponen esta forma de calcular la brecha, frente a la diferencia en puntos porcentuales (M-H) o al coeficiente (M/H), como una medida relativizada de comparación sean cuales sean los valores medios en cada uno de los grupos y para evitar el hecho de asumir una habitual situación en la que el valor en los indicadores de M suele ser menor que el de H. La fórmula propuesta añade "-1" para

(2011) que mide el acceso de hombres y mujeres a las nuevas tecnologías de comunicación. Al ser un indicador matemático que calcula la brecha entre dos grupos, en esta investigación el índice mide la brecha existente entre médicas y médicos con respecto a los títulos expedidos, homologaciones y plazas adjudicadas en el sistema de formación especializada de España. Asimismo, la Brecha de Género -BG- que se utiliza en este trabajo varía frente a la BDG en que el resultado está acotado en un intervalo de  $[-1,1]$ , donde 0,0 refleja una situación de igualdad, -1,0 la máxima distancia a recorrer por las médicas para alcanzar los valores de los médicos, y en el extremo contrario, 1,0 como la máxima distancia a recorrer por los médicos para alcanzar los valores de las médicas. Vale la pena anotar que la situación máxima de un grupo o de otro no significa que sea el ideal en términos de género, solo indica la distancia que hace falta por recorrer para obtener los valores máximos, en el caso de los intereses de esta investigación, del acceso a la formación médica y especialista.

En este orden de ideas, el análisis cuantitativo se estructura de acuerdo al orden de las credenciales que se deben adquirir para poder ejercer la medicina en España. Primero, en cuanto al nivel de formación en medicina, las credenciales de cualificación en la profesión están representadas por los títulos expedidos por las instituciones educativas de España, por los reconocimientos como credencial autorizada para los títulos de la UE/EEE, por las homologaciones como credencial para las titulaciones de los países fuera de España y la UE/EEE<sup>45</sup>, así como por el trámite de la colegiación de la credencial de este nivel de medicina. Una vez obtenida la acreditación del título médico, la credencial de la formación especialista<sup>46</sup> se puede obtener por dos vías. Por una parte, realizando la especialidad en el sistema MIR de formación de especialistas para el cual se presenta un análisis de las plazas adjudicadas según los cupos autorizados en cada convocatoria anual. Y de otra parte, mediante la legalización de los títulos de especialistas otorgados por el sistema MIR, así como a través del trámite de homologación para los países diferentes a España y la UE/EEE, y de reconocimiento para los países de la UE/EEE del título de especialista.

---

conseguir una representación más adaptada al concepto de brecha, ya que solo con el cociente el resultado indicaría lo que el valor mínimo ha superado en su camino para alcanzar el valor máximo (si se llega a 1 se habrá cubierto toda esa distancia), pero lo que se quiere es cuantificar esa distancia relativa (la brecha) que queda por recorrer para que el grupo con valor inferior alcance al que tiene valor superior. Por último, todos los resultados obtenidos con la fórmula son negativos, sin embargo para identificar el sentido de ésta, se mantiene el signo negativo en las brechas donde hay mayor presencia de H respecto a M y se cambia a positivo cuando sucede lo contrario (Castaño et al., 2011).

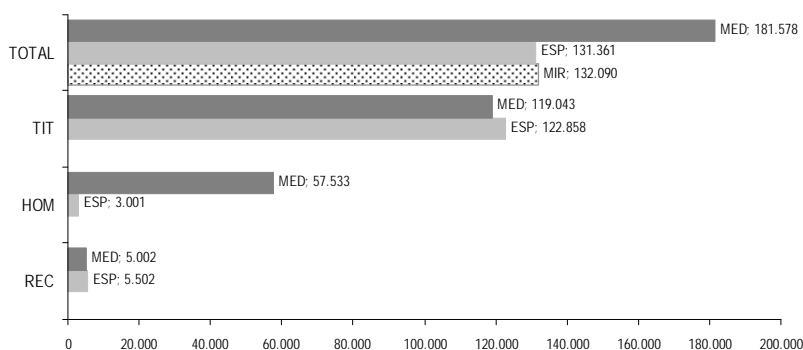
<sup>45</sup> Las diferencias entre el proceso de homologación y reconocimiento, como se explica en profundidad más adelante, radican en el país de expedición del título, en el costo y en los tiempos y complejidad del trámite administrativo, así como en el nivel de formación de medicina y especialidad.

<sup>46</sup> En este análisis se incluyen solo los títulos de especialistas homologados por el MECD y el MSSSI, ya que no se cuenta con los datos de homologaciones de especialistas otorgadas por las comisiones nacionales de las distintas especialidades.

## i. Base de médicas-os generales

Según cifras del MSSSI para el 2009 el sistema sanitario español contaba con una fuerza médica conformada por 162.213 especialistas, con una ratio de 345 por cada 100.000 habitantes, de las-os cuales un 32% ejercían en activo en instituciones gestionadas por compañías aseguradoras y el restante 68% en instituciones públicas (MSSSI y UPGC, 2011). Sin embargo, de acuerdo con los datos suministrados para esta investigación durante los últimos 25 años, correspondientes al periodo comprendido desde 1987 a 2012, las instituciones españolas han otorgado en total 181.578 títulos en medicina y 131.361 títulos de especialista<sup>47</sup>, así como se han adjudicado 132.090 plazas para la formación especialista mediante el sistema MIR de España. La Gráfica 3<sup>48</sup> muestra los totales y la participación en valores absolutos de los títulos, homologaciones y reconocimientos. De esta forma, para el periodo analizado, del total de credenciales en formación médica concedidas por las instituciones de España (181.578), el 66% corresponden a títulos expedidos por las universidades españolas, el 32% a homologaciones de países fuera de España y la UE/EEE, y el 3% a reconocimientos de títulos expedidos dentro de la UE/EEE. En cuanto a las especializaciones, del total (131.361), el 94% corresponden al sistema de formación de especialistas MIR de España, el 4% a reconocimientos de especialidades obtenidas en la UE/EEE, y solo el 2% a títulos de especialista de países del resto del mundo.

**Gráfica 3. Totales MED, plazas MIR adjudicadas y ESP, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

En este marco general, la primera credencial requerida por el SSN de España para ejercer en el país es el título que certifica la formación en medicina, el cual es expedido por las instituciones españolas a través de tres

<sup>47</sup> En este análisis se incluyen solo los títulos de especialistas homologados por el MECD y el MSSSI, ya que no se cuenta con los datos de homologaciones de especialistas otorgadas por las comisiones nacionales de las distintas especialidades.

<sup>48</sup> Las abreviaturas utilizadas en las gráficas de este capítulo se presentan en el *Anexo Abreviaturas Análisis Cuantitativo*.

trámites administrativos bajo la coordinación del MECD: las facultades de medicina de España, el reconocimiento del título obtenido en países de la UE/EEE, y la homologación del título expedido en una institución universitaria oficial de cualquier país del mundo. Las titulaciones obtenidas en facultades españolas están reguladas por el *numerus clausus* (número de plazas) que comenzó a aplicarse en 1994 como respuesta a la masificación de la carrera y al paro médico, estableciendo una ratio recomendada por la OMS de un estudiante por cada diez mil habitantes. Sin embargo, el *numerus clausus* de las plazas de nuevo ingreso y su distribución entre las facultades lo establece la Conferencia Nacional de Política Universitaria compuesta por el MECD y las Consejerías de Educación (FPME, 2014).

Por otra parte, el reconocimiento de cualificaciones tiene solo efectos profesionales, es un procedimiento que no tiene costo alguno y se aplica solo a ciudadanas-os de la UE/EEE con estudios en estos países o títulos previamente homologados en otro estado miembro de la UE/EEE<sup>49</sup>. Por el contrario, el proceso de homologación tiene efectos tanto académicos como profesionales, se aplican tasas que no son significativas, cercanas a los 100€ para el 2014, y lo puede solicitar toda persona que esté en posesión de un título o grado oficial de medicina de cualquier país del mundo. Los documentos necesarios para este trámite, compulsados y legalizados, son la copia del documento de identidad, copia del título, el plan de estudios y las notas, aunque el MECD exime del requisito del plan de estudios a los países de la UE/EEE y a algunas universidades de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Tanto el trámite de reconocimiento y homologación se pueden hacer de forma no presencial, es decir, vía correo postal o telemática<sup>50</sup>.

Teniendo en cuenta estas tres vías de acceso, en el periodo de análisis un total de 181.560 personas en el mundo están en posesión del título en medicina bien sea expedido, homologado y/o reconocido por el gobierno de España. En la Gráfica 4 se pueden observar tres periodos de variación en el comportamiento del total de las credenciales en medicina. El primero de ellos corresponde al periodo de 1987 a 1994, en el cual se presentan valores extremos que fluctúan entre 1.133 como mínimo y 8.582 como máximo. Luego de la implementación del *numerus clausus* en 1994, hay un periodo entre 1995 y 2002 donde las certificaciones en medicina se estabilizan en torno a una media de 5.500 por año. Por último, del 2003 al 2012 los datos tienen un incremento de forma exponencial que en tan solo cinco años, pasa

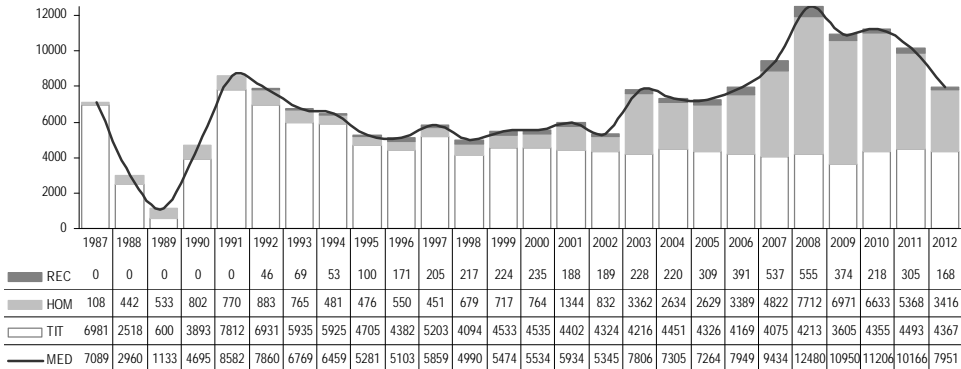
---

<sup>49</sup> MECD, <https://sede.educacion.gob.es/dctm/ministerio/horizontales/servicios01/estudiantes/convalidacion-homologacion-titulos/estudios-universitarios/faq--diferencias.pdf?documentId=0901e72b800caacc> [consulta febrero de 2014].

<sup>50</sup> MECD, <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/titulos/homologacion-titulos/homologacion-titulos-universitarios.html> [consulta febrero de 2014].

de 7.806 en 2003 a 12.480 en 2008, máximo valor de toda la serie, para a partir de 2009 empezar a disminuir de forma importante hasta alcanzar los valores iniciales del 2003.

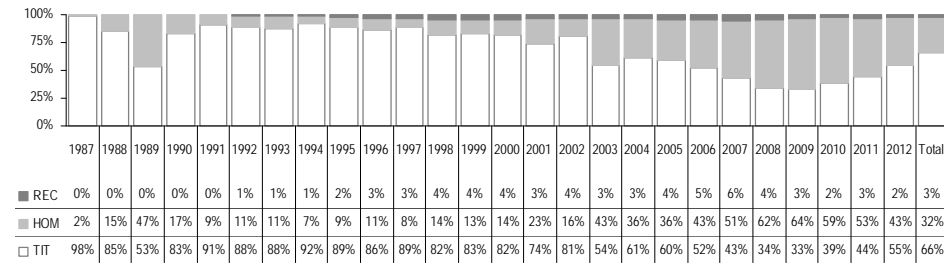
**Gráfica 4. Titulaciones, homologaciones y reconocimientos medicina por año, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD y del MSSSI.

Sin embargo, estos periodos cambian si se tiene en cuenta la participación de las titulaciones, homologaciones y reconocimientos en el total (Gráfica 5). De esta forma, se identifican dos periodos, uno de 1987 a 2002 donde las titulaciones eran la vía mayoritaria por la que se proveía de títulos en medicina y las homologaciones representaban solo del 2% al 23%, exceptuando el año de 1989 con un 47%. El segundo periodo del 2003 al 2012, las homologaciones oscilaron entre el nivel más bajo en el 2004 y 2005 (36%) hasta el más alto en el 2009 (64%). En total, durante estos 25 años los reconocimientos representan solo el 2,8% (5.002), seguido por las homologaciones con el 31,7% (57.533) y manteniendo a las titulaciones en el 65,6% (119.043).

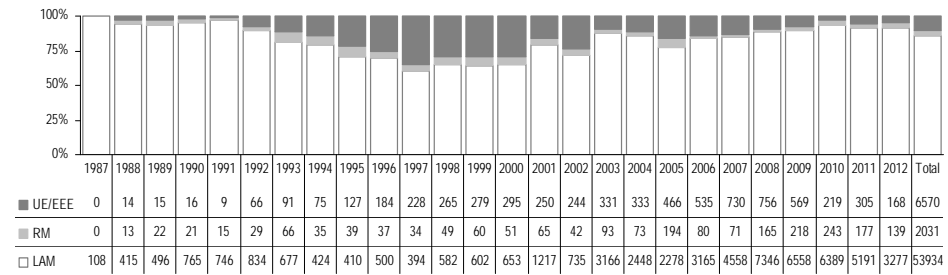
**Gráfica 5. Participación titulaciones, homologaciones y reconocimientos medicina por año, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD y del MSSSI.

Estas vías de acceso al nivel de medicina corresponden también a un sistema de estratificación de los países, en el cual las instituciones del SSN de España otorgan credenciales dependiendo de la nacionalidad. De esta forma, a las personas con nacionalidad española se les concede las credenciales de título y permiso de trabajo, a las/os nacionales de la UE/EEE el reconocimiento y/o homologación<sup>51</sup> del título y el permiso de trabajo, y por último, al resto de nacionalidades la credencial de homologación del título únicamente. Teniendo en cuenta este criterio, el análisis se presenta por las regiones de UE/EEE, Latinoamérica y Resto del Mundo<sup>52</sup>. En este sentido, del total de homologaciones y reconocimientos que se han otorgado en estos últimos 25 años (62.535), el 86% de las homologaciones corresponden a Latinoamérica, el 11% a la UE/EEE, que incluye tanto homologaciones como reconocimientos, y tan solo el 3% de homologaciones recaen en el Resto del Mundo. Como muestra la Gráfica 6, históricamente Latinoamérica ha sido la región con más títulos homologados, siempre con valores superiores al 80% exceptuando el periodo de 1995 a 2002 en el que se reconocieron y homologaron una media del 25% de títulos provenientes de la UE/EEE.

**Gráfica 6. Homologaciones y reconocimientos medicina por región, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD y del MSSSI.

Las regiones presentan comportamientos disímiles en cuanto a la participación de las mujeres en relación con los hombres a lo largo de toda la serie<sup>53</sup>. En el caso de las titulaciones en facultades españolas<sup>54</sup>, de un total de 119.043 el 38% corresponde a hombres y el 62% a mujeres, crecimiento que ha sido constante desde 1992 a favor de ellas. Situación contraria a la que presentan Latinoamérica y el Resto del Mundo. Para las homologaciones de Latinoamérica, de las 53.934 otorgadas en total, el 54% han sido para hombres y el 46% para mujeres, aunque desde 1999 las

<sup>51</sup> Las personas de la UE/EEE solo deben reconocer el título, pero pueden realizar el procedimiento de homologación si así lo desean.

<sup>52</sup> Nacionalidades diferentes a España, UE/EEE y Latinoamérica.

<sup>53</sup> El análisis solo comprende las regiones de España, Resto del Mundo y Latinoamérica, debido a que no se cuenta con el dato por género para los reconocimientos de la UE/EEE.

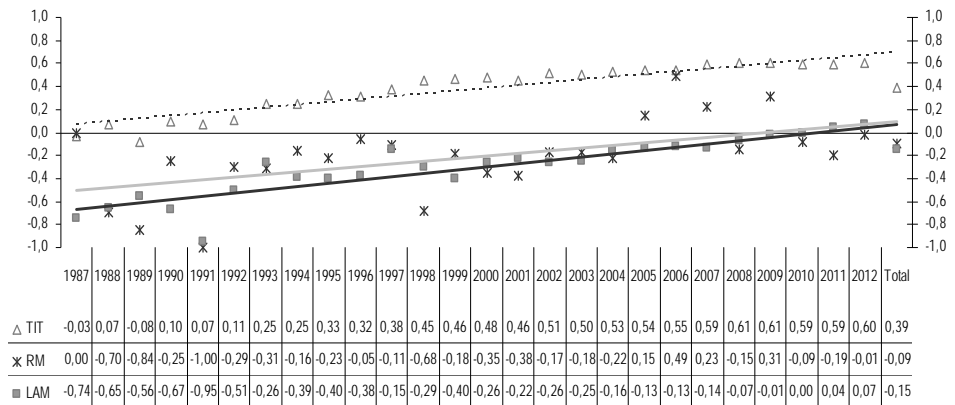
<sup>54</sup> El año 2012 incluye la primera promoción de graduadas-os del Plan Bolonia, 55 médicos y 186 médicas.



latinoamericanas han incrementado su participación de forma constante. Un comportamiento similar se presenta en la región del Resto del Mundo con una participación del 48% de mujeres, pero un crecimiento menos constante en el tiempo con relación a Latinoamérica.

En cuanto a la brecha entre mujeres y hombres en el acceso a las credenciales de titulación y homologación, se encuentran dos situaciones. La primera de ellas de feminización de la medicina, referida a las titulaciones en las facultades españolas con una BG de 0,39; y la segunda, prácticamente de igualdad entre hombres y mujeres en las homologaciones del Resto del Mundo (-0,09), y bastante cercano a la igualdad en las de Latinoamérica (-0,15). Es importante destacar que la tendencia<sup>55</sup> de la BG de las tres regiones se ha incrementado en el tiempo a favor de la mujer, de forma paralela entre sí (Gráfica 7). Las titulaciones en 1987 partían de un contexto de igualdad y han ido creciendo hasta una BG de 0,60 en el 2012 (línea punteada), y de forma similar, las homologaciones de Latinoamérica presentaban una situación de acceso muy a favor de los hombres (-0,74 en 1987) hasta alcanzar la igualdad (0,07) en el año 2012 (línea negra). Vale la pena anotar que las regiones del Resto del Mundo y Latinoamérica abarcan contextos socioculturales tan diversos como Estados Unidos y Costa de Marfil para la primera, y como Brasil y Honduras para la segunda, lo cual puede influir en la dispersión de los datos.

**Gráfica 7. BG títulos medicina y homologaciones medicina RM y LAM, 1987 – 2012**

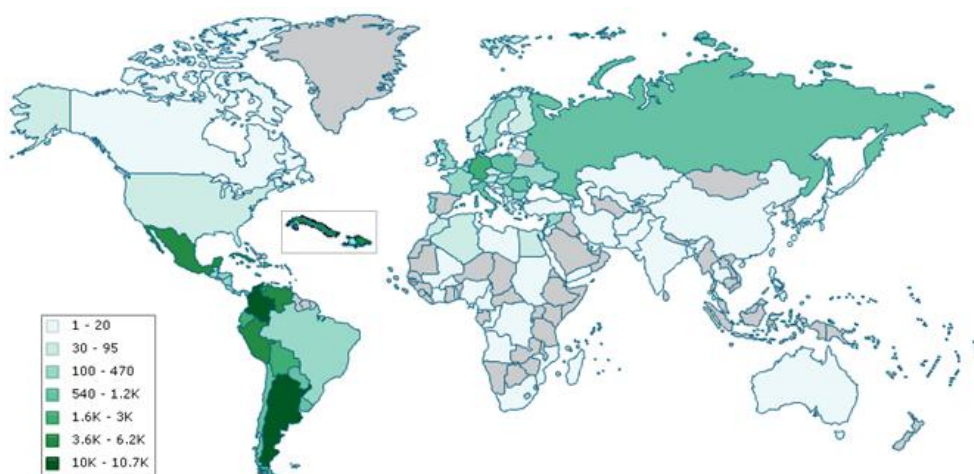


**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD.

<sup>55</sup> Se utiliza el cálculo de tendencia lineal porque indica si una situación, en este caso la BG, aumenta o disminuye, independiente de si los datos están dispersos o no.

Precisamente esta diversidad sociocultural se refleja en los países a los cuales se ha homologado y/o reconocido títulos de formación en medicina a través del tiempo. Para el año de 1987 solamente se habían homologado títulos de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Venezuela y reconocido de Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y la República Federal Alemana. Sin embargo, para el 2012 España contaba con títulos reconocidos y homologados de 105 países distribuidos en todos los continentes, clasificados en el Mapa 3 por el número de credenciales otorgadas. De esta forma, exceptuando Latinoamérica y la UE/EEE de donde proviene el 97% de estas credenciales, Rusia es el país de la región del Resto del Mundo con más títulos homologados (547), seguido por Ucrania (344), Siria (221), Moldavia (152), Serbia (101), Marruecos (87), Egipto (74), Estados Unidos (74), Algeria (63) y Armenia (61).

**Mapa 3. Homologaciones y reconocimientos medicina por país, 1987 – 2012**

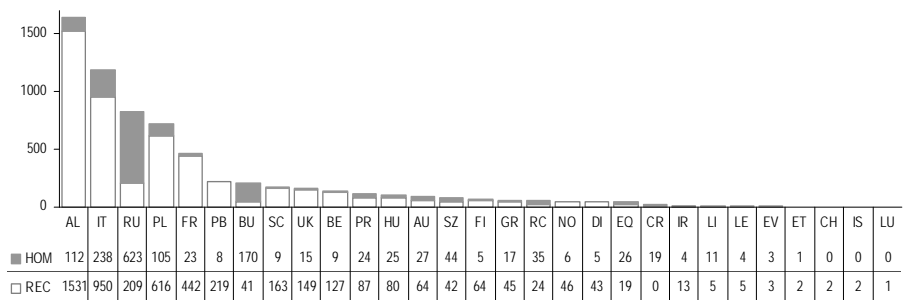


**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD y MSSSI.

Las personas con nacionalidades de la UE/EEE pueden reconocer su título y si desean homologarlo también. En el periodo de 1987 a 2012, Alemania<sup>56</sup> ha sido el país con un mayor número de homologaciones y reconocimientos alcanzado el 25% del total (6.568), seguido por Italia (18%), Rumania (13%), Polonia (11%) y Francia (7%), también con altos porcentajes de participación. Por último, con un 3% se encuentran Bulgaria, Países Bajos y Suecia y con 2% Reino Unido, Bélgica, Portugal y Hungría. El resto de países de la UE/EEE tienen porcentajes de participación de menos del 2% (Gráfica 8).

<sup>56</sup> Incluye los datos de la República Federal Alemana.

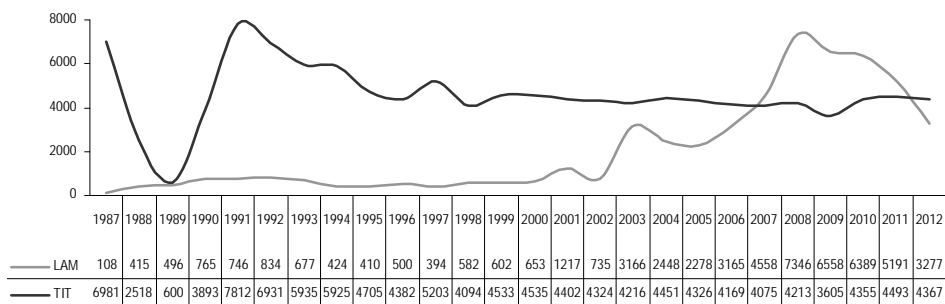
Gráfica 8. HOM y REC medicina UE/EEE por país, 1987 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD y del MSSSI.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente el 86% de las homologaciones en formación de medicina corresponden a Latinoamérica. A lo largo del tiempo, se puede encontrar un periodo estable de 15 años en los que las homologaciones se mantuvieron en torno a un promedio de 500 por año (Gráfica 9). A este periodo de cantidades constantes, le sigue un ciclo de “U” invertida desde el 2003 hasta el 2012, en el que las homologaciones crecen exponencialmente hasta llegar al valor máximo de toda la serie, 7.346 en 2008, y luego disminuyen, también de forma exponencial, hasta alcanzar los valores iniciales del 2003. En relación con las homologaciones toda la serie presenta valores muy por debajo de las titulaciones obtenidas en las facultades españolas. Sin embargo, en los años de 2007 a 2011 las homologaciones han superado las titulaciones, de tal forma que solo en estos cinco años se concentró el 56% del total tramitado durante los 25 años.

Gráfica 9. Titulaciones y homologaciones medicina LAM por año, 1987 – 2012

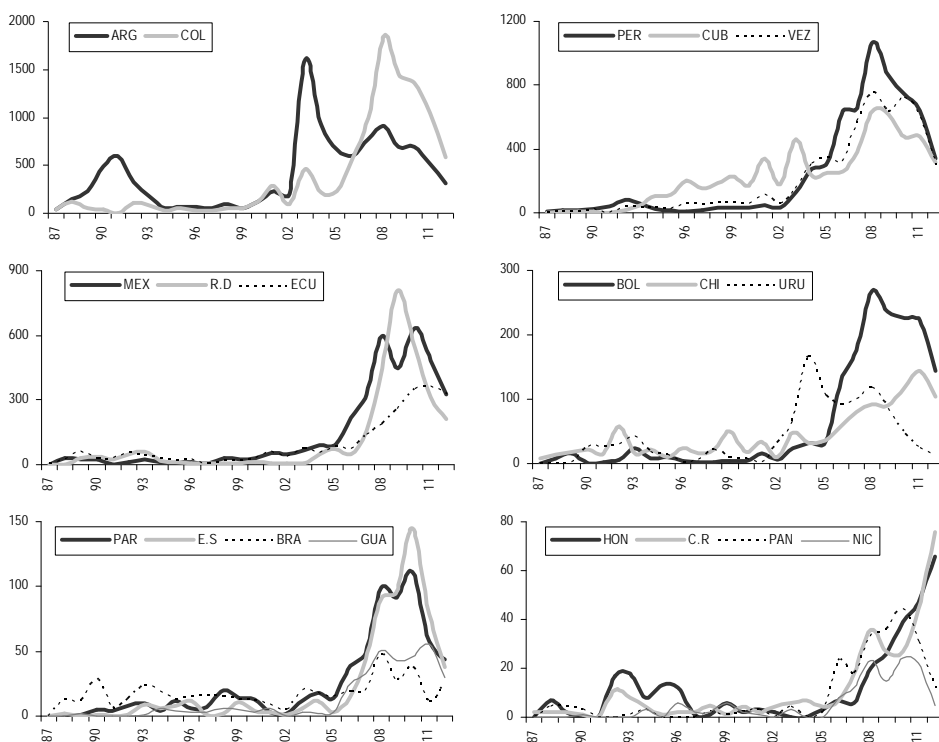


Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD.

En este periodo de tiempo, los países latinoamericanos han tenido el mismo comportamiento que el total de las homologaciones de la región, sin embargo, existen diferencias en cuanto a las cantidades de trámites concedidos (Gráfica 10). Por una parte, están Argentina (10.641) y Colombia (10.029), que concentran el 39% de las homologaciones de la

región. Estos países presentan fases de alternancia, en las que solo uno de los dos concentra la mayor cantidad de homologaciones, solo llegando a coincidir de 1993 a 1999 donde ambos tienen menos de 100 trámites aprobados por año. Luego con el 32% del total están Perú (6.171), Cuba (5.910) y Venezuela (5.355), de los que sobresale Cuba en los años de 1993 a 2003 triplicando anualmente los valores de los otros dos estados. Hasta este punto, estos cinco países latinoamericanos representan el 71% del total de homologaciones de la región. El restante 29% lo conforma México (3.625), República Dominicana (2.956), Ecuador (2.401), Bolivia (1.615), Chile (1.171), Uruguay (1.070), Paraguay (644), El Salvador (588), Brasil (457), Guatemala (331), Honduras (306), Costa Rica (303), Panamá (226) y Nicaragua (135). Vale la pena anotar que los únicos países que han incrementado las homologaciones en contravía a la tendencia general y de los otros países de decrecimiento, han sido Honduras y Costa Rica que desde el 2006 vienen creciendo en forma exponencial hasta alcanzar su máximo valor en el 2012.

**Gráfica 10. Homologaciones medicina Latinoamérica por país y año, 1987 – 2009**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD.

La región de Latinoamérica tiene una BG negativa (-0,15) que aún favorece el acceso de los hombres a las homologaciones, siendo en comparación con España, UE/EEE y el RM la región con BG más negativa

hacia las mujeres. Sin embargo, los países presentan diferencias que permite clasificarlos en cuatro grupos (Tabla 10). El primero de ellos, tiene que ver con los países que presentan valores de BG altamente propicios a las mujeres. En este grupo sobresale República Dominicana (0,40) que tiene los mismos niveles de feminización de homologaciones que las titulaciones de las facultades españolas. Asimismo, con BG positivas para las mujeres se encuentran Nicaragua y Venezuela (0,20). El segundo grupo incluye a Uruguay (0,07), Brasil y Honduras (-0,01) que están en un rango de igualdad entre hombres y mujeres. Los otros dos grupos son los países que tienen una BG favorable a los hombres, sin embargo, se puede distinguir un nivel medio y otro alto de estas BG negativas.

En el nivel medio se encuentran Panamá (-0,12), Ecuador (-0,13), Bolivia (-0,15), El Salvador (-0,17), Colombia (-0,17), Paraguay (-0,18) y Costa Rica, Cuba y Perú (-0,20); y en el nivel alto, se encuentran países como Argentina (-0,28), Guatemala (-0,31), México (-0,36) y Chile (-0,50). En cuanto a la tendencia de la BG, países como República Dominicana, Nicaragua, Venezuela, Uruguay, Honduras, Ecuador, El Salvador, Perú, Argentina y Panamá han experimentado una feminización de las homologaciones, es decir, el cambio de la BG de valores que beneficiaban a los hombres en la década de los noventa a indicadores de mayor acceso para las mujeres en el 2012. Por otra parte, en una situación de igualdad en el acceso a las homologaciones se encuentran Brasil, Bolivia, Paraguay, Colombia, Costa Rica y Cuba. En el otro extremo, Guatemala (-0,24), México (-0,35) así como Chile (-0,51) mantenían aún en 2012 una brecha a favor de los hombres bastante considerable.

Tabla 10. BG homologaciones medicina LAM por país, 1987 – 2012										
País	Total 1987 – 2012							Tendencia BG		
	Total		M		H		BG	1990	2000	2012
Rep. Dominicana	5,5%	2.956	1.852	63%	1.104	37%	0,40	-0,56	0,67	0,56
Total TIT	n/a	119.043	74.097	62%	44.946	38%	0,39	0,10	0,48	0,60
Nicaragua	0,3%	135	75	56%	60	44%	0,20	-1,00	-1,00	0,33
Venezuela	9,9%	5.355	2.982	56%	2.373	44%	0,20	-0,33	0,10	0,22
Uruguay	2,0%	1.070	554	52%	516	48%	0,07	-0,47	0,40	0,56
Brasil	0,8%	457	227	50%	230	50%	-0,01	-0,62	0,00	0,08
Honduras	0,6%	306	152	50%	154	50%	-0,01	-	-	0,35
Total HOM RM	n/a	2.031	965	48%	1.066	52%	-0,09	-0,25	-0,35	-0,01
Panamá	0,4%	226	106	47%	120	53%	-0,12	-0,50	-1,00	0,29
Ecuador	4,5%	2.401	1.116	46%	1.285	54%	-0,13	-0,53	-0,37	0,13
Total HOM LAM	100%	53.934	24.792	46%	29.142	54%	-0,15	-0,67	-0,26	0,07
Bolivia	3,0%	1.615	743	46%	872	54%	-0,15	-1,00	-1,00	-0,03
El Salvador	1,1%	588	267	45%	321	55%	-0,17	-1,00	-0,67	0,10
Colombia	18,6%	10.029	4.555	45%	5.474	55%	-0,17	-0,73	-0,49	0,05
Paraguay	1,2%	644	290	45%	354	55%	-0,18	-0,33	0,14	-0,09
Costa Rica	0,6%	303	135	45%	168	55%	-0,20	-1,00	0,67	0,05
Cuba	11,0%	5.910	2.618	44%	3.292	56%	-0,20	-0,71	-0,20	-0,08
Perú	11,4%	6.171	2.741	44%	3.430	56%	-0,20	-0,61	-0,65	0,15
Argentina	19,7%	10.641	4.440	42%	6.201	58%	-0,28	-0,67	-0,02	0,15
Guatemala	0,6%	331	135	41%	196	59%	-0,31	-	-	-0,24

Tabla 10. BG homologaciones medicina LAM por país, 1987 – 2012										
País	Total 1987 – 2012							Tendencia BG		
	Total		M		H		BG	1990	2000	2012
México	6,7%	3.625	1.415	39%	2.210	61%	-0,36	-1,00	-0,33	-0,35
Chile	2,2%	1.171	389	33%	782	67%	-0,50	-0,90	-0,62	-0,51
Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD.										

Por último, en el periodo de 1990 a 2012 del total de homologaciones concedidas a la región, el 72% proviene de profesionales de la medicina egresadas-os de universidades públicas<sup>57</sup> (Tabla 11). Por una parte, el 100% de homologaciones de Cuba, Uruguay y Venezuela provienen de universidades públicas y que a su vez concentran el 23% del total de la región. Asimismo, con un nivel muy alto del sistema público se encuentran Honduras (90%), Argentina (89%), Paraguay (83%), Bolivia (82%), Nicaragua (81%), México (78%), Panamá (77%), Brasil (75%), Ecuador (72%) y Guatemala (70%). En un nivel de igualdad de homologaciones entre universidades privadas y públicas se encuentran países como República Dominicana, Perú, Chile y El Salvador. Situación muy diferente para Colombia y Costa Rica donde el 60% de las homologaciones provienen de universidades privadas. En cuanto a la tendencia a través del tiempo, exceptuando Cuba, Uruguay y Venezuela, todos los países de la región han experimentado un importante crecimiento de homologaciones de universidades privadas, hasta el punto que para el 2012 solo Argentina y Brasil tenían porcentajes de participación privada de menos del 30%. Asimismo, es interesante anotar que en general de la región son homologados más títulos de mujeres que provienen de universidades privadas (50%) que de públicas (45%).

Tabla 11. Homologaciones medicina LAM por tipo universidad, 1990 – 2012																	
País	Total 1990 – 2012									Tendencia							
	Total		PÚBLICA			PRIVADA			1992			2008			2012		
			Tot %	M %	H %	Tot %	M %	H %	Tot	PU %	PR %	Tot	PU %	PR %	Tot	PU %	PR %
Cuba	11%	5.893	100	44	56	0	0	0	20	100	0	641	100	0	315	100	0
Uruguay	2%	1.067	100	52	48	0	0	0	31	100	0	118	100	0	13	100	0
Venezuela	10%	5.332	100	56	44	0	0	0	43	100	0	754	100	0	302	100	0
Honduras	0,6%	297	90	49	51	10	63	37	17	100	0	20	100	0	66	70	30
Argentina	19%	10.231	89	42	58	11	44	56	326	97	3	909	83	17	311	76	24
Paraguay	1,2%	643	83	45	55	17	45	55	8	100	0	99	79	21	44	61	39
Bolivia	3%	1.589	82	45	55	18	51	49	6	100	0	268	74	26	144	64	36
Nicaragua	0,3%	135	81	55	45	19	58	42	0	0	0	23	78	22	5	60	40
México	7%	3.568	78	39	61	22	42	58	11	91	9	601	83	17	325	71	29
Panamá	0,4%	218	77	42	58	23	66	34	0	0	0	33	70	30	12	58	42
Brasil	0,8%	432	75	51	49	25	48	52	13	77	23	48	85	15	25	88	12
Total	100%	52.916	72	45	55	28	50	50	834	87	13	7346	67	33	3277	62	38
Ecuador	4%	2.310	72	46	54	28	50	50	53	92	8	190	76	24	328	64	36

<sup>57</sup> El carácter público o privado de cada universidad fue consultado en las páginas web de los Ministerios de Educación de los respectivos países.

**Tabla 11. Homologaciones medicina LAM por tipo universidad, 1990 – 2012**

País	Total 1990 – 2012								Tendencia								
	Total		PÚBLICA			PRIVADA			1992			2008			2012		
			Tot %	M %	H %	Tot %	M %	H %	Tot	PU %	PR %	Tot	PU %	PR %	Tot	PU %	PR %
Guatemala	0,6%	329	70	44	56	30	33	67	0	0	0	51	71	29	30	60	40
Rep. Dom.	6%	2.921	54	64	36	46	61	39	48	88	13	447	61	39	214	49	51
Perú	12%	6.134	50	39	61	50	50	50	79	92	8	1069	47	53	344	36	64
Chile	2%	1.129	50	35	65	50	33	67	58	81	19	93	43	57	104	41	59
El Salvador	1%	586	47	42	58	53	49	51	1	0	100	90	39	61	38	45	55
Colombia	19%	9.805	40	38	62	60	51	49	109	38	62	1856	39	61	581	32	68
Costa Rica	0,6%	297	39	44	56	61	46	54	11	91	9	36	44	56	76	22	78
Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD.																	

Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MECD.

### *Colegiación de médicas-os latinoamericanas-os*

Ahora bien, una vez se está en posesión de la credencial de medicina, si se va a ejercer en España hay que tramitar la colegiación, en este caso, ante la Organización Médica Colegial -OMC-. Esta institución está integrada por los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos y por el Consejo General. Según la página oficial de la OMC, estas instituciones son corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley General de Colegios Profesionales, con estructuras democráticamente constituidas, carácter representativo y personalidad jurídica propia, independientes de la administración del Estado de la que no forman parte integrante pero con la cual tienen relaciones legalmente constituidas<sup>58</sup>. De acuerdo al marco normativo<sup>59</sup>, los fines de estas instituciones son: i) la ordenación, en el ámbito de su competencia, del ejercicio de la profesión médica, su representación exclusiva y la defensa de los intereses profesionales de las-os colegiadas-os, ii) la salvaguardia y observancia de los principios deontológicos y ético-sociales de la profesión médica y de su dignidad y prestigio, iii) la promoción de la constante mejora de los niveles científico, cultural, económico y social de las-os colegiadas-os, y, iv) la colaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud y la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la Medicina. Por otra parte, los requisitos para que las-os médicas-os de fuera de España obtengan la colegiación son en general los mismos que para las-os nacionales, aunque pueden presentar algunas variaciones de colegio a colegio. No obstante, para iniciar el trámite deben ser presentados documentos tales como fotografías, pasaporte, cuenta bancaria, título de licenciado en medicina, certificaciones presentadas en el MECD y su homologación, certificación de no estar ni haber estado

<sup>58</sup> OMC, <https://www.cgcom.es/omc> [consulta febrero de 2014]

<sup>59</sup> OMC, [https://www.cgcom.es/fines\\_omc](https://www.cgcom.es/fines_omc) [consulta febrero de 2014]

inhabilitado para el ejercicio de la medicina, así como el pago de los derechos de Colegiación<sup>60</sup>.

En cuanto a las cifras, el INE para diciembre de 2012 informó que hay en España 228.917 médicas-os colegiadas-os, dato que obtiene a través de los respectivos Colegios Profesionales Provinciales/Autonómicos<sup>61</sup>. Asimismo, la Organización Médica Colegial desde 2009 actualiza periódicamente las estadísticas de su gestión en un informe denominado *Demografía Médica. Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario*. Sin embargo, tanto en las estadísticas del INE como en las del mencionado informe, las cifras de colegiación no están discriminadas por país de origen. Solamente en el trabajo de González, Barber y Dávila (2011) la OMC estima que para el 2007 cerca del 12,5% del total de profesionales registradas-os eran extranjeras-os y que en el 2009 entre 10.000 y 12.000 médicas-os extranjeras-os trabajaban de forma irregular, es decir, sin el título de especialización homologado. Dada esta situación de las cifras de colegiación en España, y entendiendo la importancia de contar con la información a nivel de país de origen, en el 2009 fueron contactados los 52 colegios oficiales de España. Con cada uno de estos colegios se consultó el procedimiento de solicitud de información y a quién debería ir dirigido tal requerimiento. De esta forma, se envió correspondencia postal y por correo electrónico solicitando la información de las-os colegiadas-os extranjeras-os por país de origen, especialidad y género. Solicitud que fue contestada solo por los colegios de Ávila, Almería y Segovia, y de forma incompleta. Con base en la información recibida, del total de médicas-os de fuera de España colegiadas-os en las provincias de Almería, Ávila y Segovia el 64%, 74% y 98% respectivamente, corresponden a profesionales de la medicina de Latinoamérica (Tabla 12). En cada uno de estos colegios los cuatro países con mayor número de colegiaciones son Argentina, Colombia, Perú y Cuba, sin embargo, el orden es diferente en cada provincia. En Almería, Argentina tiene el mayor número de colegiaciones, seguida por Colombia, Perú y Cuba. Para Ávila, Colombia es el país con más colegiaciones, seguido por Perú, Cuba, Bolivia y Argentina. Por último, en Segovia es Perú el que presenta valores más altos, seguido por Colombia, Cuba y Argentina.

Tabla 12. Médicas-os extranjeras-os colegiadas-os en Almería, Ávila y Segovia, 1987 – 2009						
País Origen	Almería		Ávila		Segovia	
Argentina	43	23%	3	8%	7	12%
Colombia	25	13%	8	21%	12	21%
Perú	13	7%	4	11%	14	24%
Cuba	12	6%	4	11%	12	21%
Alemania	15	8%	-	-	1	2%

<sup>60</sup> ICOMEN, <http://www.icomem.es/ventanillaunica.aspx?lang=es-es&s=vucudadanos&Id=162&p=110&o=0&eq=121> [consulta febrero de 2014]

<sup>61</sup> INE, <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> [consulta febrero de 2014]



<b>Tabla 12. Médicas-os extranjeras-os colegiadas-os en Almería, Ávila y Segovia, 1987 – 2009</b>						
<b>País Origen</b>	<b>Almería</b>		<b>Ávila</b>		<b>Segovia</b>	
Venezuela	10	5%	2	5%	4	7%
Italia	13	7%	1	3%	-	-
Marruecos	11	6%	1	3%	-	-
Rumania	9	5%	3	8%	-	-
Ecuador	5	3%	-	-	3	5%
Bolivia	3	2%	4	11%	1	2%
Uruguay	5	3%	1	3%	-	-
Rep. Dominicana	1	1%	1	3%	4	7%
Siria	5	3%	-	-	-	-
Libano	5	3%	-	-	-	-
México	4	2%	1	3%	-	-
Ucrania	4	2%	1	3%	-	-
Polonia	3	2%	2	5%	-	-
Francia	3	2%	2	5%	-	-
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
<b>Fuente:</b> Elaboración propia a partir información enviada por los colegios de Almería, Ávila y Segovia						

## ii. Especialistas formadas-os en el sistema MIR español

Como se mencionó anteriormente, para ejercer la medicina especializada en España, las-os profesionales extranjeras-os deben contar con el título de especialista y con el permiso de trabajo correspondiente. La credencial que hace referencia al título de especialista, puede obtenerse de dos formas, o bien cursando la formación médica especializada de España (sistema MIR), o realizando el trámite de la homologación (países extracomunitarios) o reconocimiento (países UE/EEE) del título de especialista expedido en el extranjero. En este epígrafe se analiza la primera vía de acceso a la obtención de esta credencial y en el siguiente, se presenta la legalización de la formación de especialista bien sea por la titulación interna, homologación o reconocimiento.

En términos generales la legislación<sup>62</sup> del sistema de formación de especialistas médicas-os, se ha mantenido en las mismas condiciones y requisitos a lo largo de estos 25 años de estudio. Cada convocatoria es publicada en el BOE en los últimos meses del año, para presentar el examen generalmente en febrero del siguiente año e iniciar la formación en mayo. En la convocatoria anual se publica el catálogo general de plazas de formación por especialidad acreditadas y ofertadas en centros docentes, públicos y privados, ubicados en las distintas comunidades autónomas, las cuales podrán ser elegidas por las-os aspirantes hasta alcanzar el número

<sup>62</sup> MSSSI, <http://sis.msssi.es/fse/PaginasDinamicas/Legislacion/legislacion.aspx?MenuId=QE-00&SubMenuId=QE-05&cDocum=> [consultada noviembre 2013]

máximo de plazas a ser adjudicadas. Esta oferta ha sido definida por diferentes estancias del Sistema Nacional de Salud de España y la gestión de las pruebas selectivas está a cargo del MSSSI. Las solicitudes se presentan en soporte papel en los registros del MSSSI o en las representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero, junto al pago de la tasa de derechos de examen<sup>63</sup>. A estas pruebas de acceso al sistema MIR pueden presentarse las-os aspirantes que tengan nacionalidad española, de cualquier Estado miembro de la UE/EEE, o extranjeras-os extracomunitarias-os con nacionalidad de un país con el cual se haya establecido un Convenio de Cooperación Cultural con España. Sin embargo, cada convocatoria ofrece un cupo máximo de plazas ofertadas para las-os médicas-os extracomunitarias-os, que deben contar con el permiso de residencia, estancia de estudio, pasaporte, o visa de turismo vigente mientras participan en las pruebas.

Asimismo, y siguiendo la legislación<sup>64</sup> española, los requisitos para las personas que optan a una plaza MIR son el título de medicina español o la resolución de reconocimiento u homologación, el título de doctorado en medicina, la renuncia previa a la plaza en formación que desempeñan si ya son MIR, o el título de especialista en caso de querer aspirar a realizar otra especialidad. Las pruebas selectivas para acceder a las plazas ofertadas consisten en un ejercicio de preguntas de elección múltiple, y en la valoración del expediente académico correspondiente a los estudios universitarios de grado/licenciatura o a un título de doctorado. Independiente del número de aspirantes que supere la puntuación mínima, no podrá adjudicarse un número de plazas mayor al ofertado en cada convocatoria. Los resultados se hacen públicos indicando para cada aspirante la puntuación final del ejercicio, la del expediente académico, la puntuación total individual y el número de orden que le corresponde.

Finalizado el llamamiento a todas-os las-os aspirantes que hayan superado la puntuación mínima se procede a realizar otro llamamiento para asignar las plazas no cubiertas. Una vez otorgada la plaza, se conoce a las-os profesionales en formación especializada como médica-o residente, las-os cuales realizan el programa formativo con dedicación a tiempo completo y es incompatible con cualquier otra actividad profesional. Todas-os las-os adjudicatarias-os de plazas deben someterse a examen médico, y en el caso de no superar el examen médico tanto la adjudicación como el contrato en formación que se hubiese suscrito quedarán sin efecto. La duración del contrato será de un año, renovable por períodos iguales durante el tiempo que dure el programa de formación, siempre que al final de cada año la-el residente haya sido evaluada-o positivamente por el Comité de evaluación

---

<sup>63</sup> El valor de las tasas para los derechos del examen MIR fue de 29,30€ para el 2013.

<sup>64</sup> Ibid.

de la especialidad correspondiente. Las personas extracomunitarias deben regularizar su situación en España, mediante la obtención de la autorización de estancia por estudios, la cual se debe renovar anualmente y termina con el último año de contrato de formación. En ningún caso la plaza adjudicada es causa para solicitar la residencia temporal por circunstancias excepcionales por razón de interés público.

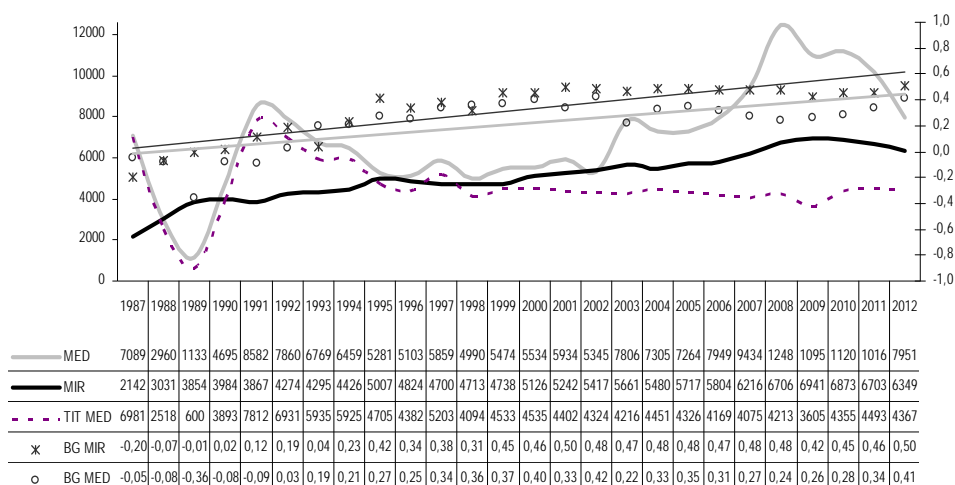
Como se ha analizado cuantitativamente hasta ahora, para el periodo de 1987 – 2012, España ha formalizado el título de medicina a 181.578 personas, bien sea por la vía de la formación interna o por la homologación y reconocimiento de títulos obtenidos en el extranjero. Mientras que la serie correspondiente a las credenciales en medicina -MED- presenta un comportamiento bastante irregular, las plazas MIR adjudicadas en cada convocatoria<sup>65</sup> -MIR- mantienen un crecimiento constante desde el inicio del periodo (Gráfica 11). En relación con el total de credenciales médicas se han adjudicado plazas MIR al 73% de éstas, no obstante no es una relación uno a uno porque se puede homologar y bien no tener la intención de hacer el MIR, o porque es requisito para el mismo trámite de la especialización. De otra parte, en relación con las titulaciones de formación en facultades españolas -TIT- en los últimos 25 años siempre han contado con plaza en el sistema MIR, representando el 90% del total de cupos adjudicados. Solamente en el periodo de 1995 a 2002 se presentan datos con muy poca variación entre las credenciales médicas, las plazas MIR adjudicadas y los títulos en formación interna. Contrario al comportamiento de los otros dos periodos de la serie.

En el primero de ellos, de 1987 a 1994, donde el porcentaje de homologaciones es muy bajo, se expidieron 40.595 títulos en medicina y solo se adjudicaron 29.873 plazas (74%). Sin embargo, sucede todo lo contrario para el periodo de 2003 a 2012, donde se titularon 42.270 profesionales y se adjudicaron 62.450 plazas MIR. Este periodo coincide, por un lado, con el aumento de las plazas MIR en los años de 2008 a 2011, con valores anuales de 6.800 plazas, los máximos de toda la serie, y por el otro, con el incremento de homologaciones en los mismos años. En cuanto a la BG, las plazas MIR han sido logradas por más mujeres que hombres (0,38), reflejando un mejor comportamiento que brecha de acceso a las credenciales de la carrera médica (0,25).

---

<sup>65</sup> Las convocatorias del sistema MIR indican el año en que se emite la convocatoria, así como el año en que se presenta el examen y se adjudica la plaza, por ejemplo, convocatoria 1987/1988. En las gráficas y tablas de este epígrafe solo se incluye el primer año para cada convocatoria por efectos de presentación.

**Gráfica 11. MED y plazas MIR adjudicadas por año, 1987 – 2012**

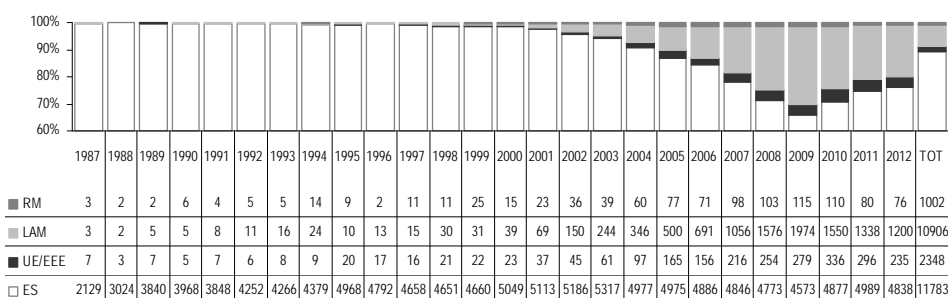


**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

De acuerdo a la legislación, existe un cupo para las personas con nacionalidades extracomunitarias. Este cupo ha variado en el tiempo, por ejemplo, para el año 1990 era del 5,8%, para 1995 del 5%, para la primera década del presente siglo el cupo se mantuvo entre el 8,8% y el 10%, sin embargo, para la convocatoria del 2012 el cupo bajó al 8% y para la del 2013 ya era del 4%<sup>66</sup>. De esta forma, el total de plazas MIR adjudicadas a nacionalidades de España corresponde al 89%, a la UE/EEE el 2%, Latinoamérica el 8% y el resto del mundo 1% (Gráfica 12). Sin embargo, solo hasta el 2002 se empieza a adjudicar significativamente plazas MIR a nacionalidades diferentes a la española. En estos diez años, del 2002 al 2012, la participación de la UE/EEE y del Resto del Mundo ha permanecido constante, en torno al 4% para la primera y del 2% para la segunda. Es decir, la variación que se presenta en estos años corresponde a la relación que hay entre las nacionalidades de España y las de Latinoamérica. Mientras que en el 2002, Latinoamérica alcanzó el 1% y España el 96% de plazas adjudicadas, para el 2008 Latinoamérica obtuvo el valor máximo de un 28% y España el 71%. No obstante, vale la pena recordar que en este periodo de tiempo las plazas MIR adjudicadas sobrepasaron ampliamente el *numerus clausus* de las facultades españolas.

<sup>66</sup> MSSSI, <http://sis.msssi.es/fse/PaginasDinamicas/Legislacion/legislacion.aspx?MenuId=QE-00&SubMenuId=QE-05&cDocum=> [consultada noviembre 2013]

**Gráfica 12. Plazas MIR adjudicadas por región, 1987/88 – 2012/13**



Nota: Total ES: 117.834

Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI.

En este sentido, el Foro de la Profesión Médica de España<sup>67</sup> -FPME- ha alertado en un informe presentado en el 2014 sobre el desfase existente entre las plazas MIR ofertadas y el *numerus clausus*. Debido a que el ejercicio de la medicina en España está regulado por normativas europeas que exigen el título de especialista, esta diferencia entre la formación médica y la especialista presenta serios problemas. El informe plantea que si bien en las últimas convocatorias MIR las/os estudiantes de universidades españolas obtuvieron plaza para formación especializada, no será así en los siguientes años. Situación debida al aumento de facultades de medicina que en los últimos ocho años han pasado de 28 a 40, con planes para abrir siete más (cuatro públicas y tres privadas) en este año, haciendo de España el segundo país, solo después de Corea del Sur, con más facultades por millón de habitantes. Sin embargo, este aumento de facultades que representó un incremento de alumnas-os de nuevo ingreso de 4.350 en el 2005 a 7.000 en el 2012, no ha sido un fenómeno aislado sino que por el contrario, según el informe del FSM (2014), coincide temporalmente con varios acontecimientos:

- La proliferación de hospitales públicos y privados con el rótulo de hospital universitario, sin que exista un organismo que acredite el cumplimiento de requisitos para la formación especializada, va de la mano con el incremento en la inauguración de hospitales, centros de salud y facultades. Tal es el caso de la comunidad de Madrid que en el 2008 inauguró seis hospitales y en el mismo año, firmó convenios para crear cuatro facultades de medicina.
- La oferta de plazas MIR, que aumentaron de forma considerable en el periodo del 2007 al 2010, causando un déficit que se solventó con la homologación masiva de títulos extranjeros en los mismos años para

<sup>67</sup> El FPME está integrado por la Organización Médica Colegial de España, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

cubrir las plazas MIR sobrantes. Sin embargo, con el argumento de reducir el gasto y mejorar la eficiencia, las plazas MIR convocadas han disminuido en las dos últimas convocatorias un 10%, mientras que las/os estudiantes que acceden a estudiar Medicina solo un 1,35%. Este desajuste, entre la oferta de plazas MIR y las/os egresadas/os de las facultades de medicina será en el corto plazo de más de 1.000 médicas/os anuales.

- La errada planificación entre *numerus clausus* y MIR, así como los recortes en el sector de la sanidad han provocado que a 2013, 2.389 médicas/os estén en paro, 4.203 sean demandantes de empleo y cerca de 3.400 especialistas hayan emigrado del país. Además de la problemática a la que se enfrentan las personas graduadas en medicina que no obtienen plaza MIR, ya que no ejercerán la medicina al no poder acceder al mercado médico de trabajo asistencial, público y privado, por no contar con el título de especialista.

De otra parte, en las convocatorias del sistema MIR se oferta un catálogo de especialidades del cual se puede elegir comunidad autónoma, especialidad y centro de formación de acuerdo al puesto ocupado en la adjudicación de plazas. En cuanto a las comunidades autónomas, Madrid (20%), Andalucía (16%) y Cataluña (15%) concentran el 51% del total de oferta y plazas adjudicadas en estos 25 años (Tabla 13). Sin embargo, mientras que las/os profesionales de Latinoamérica eligen mayoritariamente Madrid (2.548) y Cataluña (2.472), las/os médicas/os de España optan por Madrid (22.600) y Andalucía (20.350) como comunidades de destino principalmente. En cuanto a la BG, tanto España como la UE/EEE tienen valores propicios al acceso de las mujeres en casi todas las comunidades autónomas, mientras que Latinoamérica presenta brechas positivas en Castilla y León, Navarra y Cantabria, datos muy cercanos a la igualdad en Madrid, Galicia y Extremadura, y en las restantes comunidades presentan BG negativas.

**Tabla 13. Plazas MIR adjudicadas por CCAA y género, 1987 – 2012**

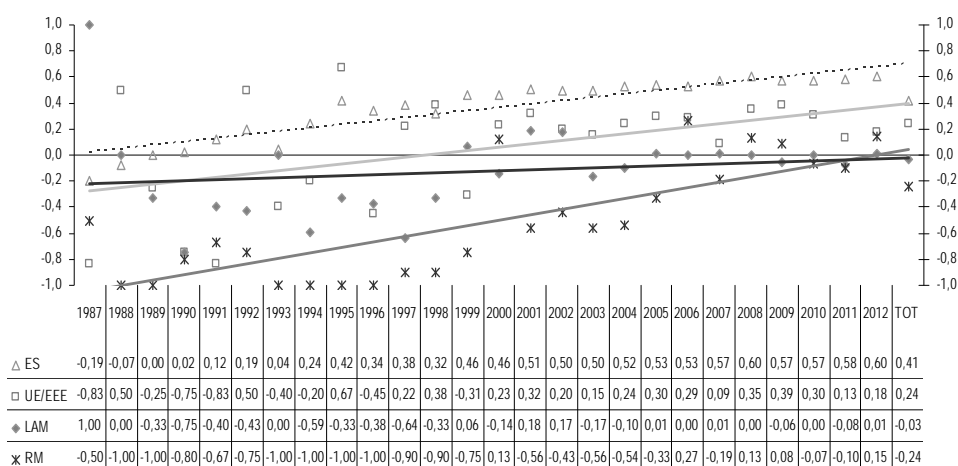
CCAA Destino	Latinoamérica		Resto del Mundo		Tot.	España		UE/EEE		Tot.	Total por CCAA	
Madrid	2.548	0,00	155	0,11	10%	22.600	0,45	508	0,29	90%	25.811	0,41
Cataluña	2.472	-0,06	199	-0,03	13%	17.073	0,44	676	0,18	87%	20.420	0,38
Valencia	975	-0,03	115	-0,17	9%	10.989	0,39	269	0,29	91%	12.348	0,36
Castilla y León	831	0,13	83	-0,52	11%	7.136	0,47	106	0,17	89%	8.156	0,43
Andalucía	798	-0,12	125	-0,16	4%	20.350	0,28	217	0,11	96%	21.490	0,27
Castilla y La Mancha	640	-0,16	54	-0,58	16%	3.551	0,51	65	0,38	84%	4.310	0,42
Asturias	321	-0,10	26	-0,47	8%	3.768	0,43	34	0,21	92%	4.149	0,39
Canarias	320	0,06	16	-0,22	8%	3.794	0,32	81	0,12	92%	4.211	0,30
Galicia	317	-0,01	36	-0,84	6%	5.829	0,47	57	-0,10	94%	6.239	0,44
País Vasco	302	-0,14	33	-0,43	6%	5.616	0,53	46	0,61	94%	5.997	0,50
Murcia	277	-0,05	33	-0,50	9%	3.255	0,32	52	0,00	91%	3.617	0,28
Aragón	263	0,09	42	-0,17	6%	4.692	0,48	46	0,47	94%	5.043	0,46
Baleares	223	-0,17	23	-0,56	13%	1.578	0,37	94	0,43	87%	1.918	0,31
Navarra	193	0,13	12	0,00	8%	2.388	0,35	38	0,10	92%	2.631	0,33

Tabla 13. Plazas MIR adjudicadas por CCAA y género, 1987 – 2012												
CCAA Destino	Latinoamérica		Resto del Mundo		Tot.	España		UE/EEE		Tot.	Total por CCAA	
Extremadura	177	0,01	18	-0,36	8%	2.308	0,36	29	0,39	92%	2.532	0,34
Cantabria	166	0,25	14	0,25	8%	2.172	0,43	25	0,33	92%	2.377	0,41
La Rioja	78	-0,10	13	0,14	11%	716	0,52	4	0,00	89%	811	0,47
Melilla	3	-0,50	2	1,00	38%	7	0,25	1	-1,00	62%	13	0,14
Ceuta	2	-1,00	3	-0,50	29%	12	0,50	0	-	71%	17	0,11
Total MIR	10.906	-0,03	1.002	-0,24	9%	117.834	0,41	2.348	0,24	91%	132.090	0,34

Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI.

Esta tendencia en la BG por comunidades autónomas, se refleja también en el total de las plazas MIR adjudicadas. De las 132.090 otorgadas en los 25 años de análisis, el 62% han sido obtenidas por mujeres con un BG positiva de 0,38. Sin embargo, la situación por regiones del mundo nuevamente marca diferencias (Gráfica 13), ya que España y la UE/EEE tienen BG positivas, Latinoamérica tiende a la igualdad y la región del Resto del Mundo presenta brechas negativas. No obstante, España sigue con unos valores muy altos con respecto al resto de las regiones. En el caso de España la BG en plazas MIR adjudicadas, sigue la misma tendencia favorable a las mujeres (0,41) que la BG de las titulaciones médicas (0,39). En comparación con España, aunque hay que recordar que ésta representa el 89% del total de adjudicaciones, Latinoamérica está en niveles de igualdad (-0,03) con el 49% de plazas obtenidas por médicas contra un 51% de plazas para médicos. Situación de igualdad (0,01) que también se refleja en las plazas MIR adjudicadas al final de la serie en el 2012. De la misma forma, como en el caso de España con las titulaciones, la BG de plazas MIR de Latinoamérica ha mejorado a través del tiempo con respecto a las homologaciones en medicina (-0,15).

Gráfica 13. Tendencia BG plazas MIR adjudicadas por regiones, 1987 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI.

Si bien es cierto que la tendencia de la BG de las plazas MIR adjudicadas favorece a las mujeres en términos globales, el análisis por especialidades devela ciertos matices (Tabla 14). Por una parte, de las 49 especialidades ofertadas en las convocatorias a plazas MIR, Urología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Cardiología, Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía General y del Aparato Digestivo y Otorrinolaringología presentan BG favorables significativamente a los hombres. En contraste, las especialidades con BG de mayor acceso para las mujeres se encuentran en Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Física y Rehabilitación, Endocrinología y Nutrición, Alergología y Medicina Familiar. Es decir, se mantiene la segregación ocupacional tradicional al momento de elegir especialidad: mayoritariamente las médicas acceden a las que tienen que ver con el cuidado y los médicos a las quirúrgicas. Esta segregación por especialidad se mantiene para todas las regiones, aunque la intensidad de las brechas varía notablemente.

En el caso de España, las brechas son aún más propicias para las mujeres y en 2012 únicamente cinco especialidades, Medicina Deportiva, Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía Plástica, Cirugía Máxilofacial y Cirugía Ortopédica y Traumatología, tenían BG propicias a los hombres. Caso contrario a Latinoamérica, en la que se distinguen tres grupos. Aquellas especialidades<sup>68</sup> con acceso mayoritario de hombres (20), las que están en igualdad (11, entre -0,1 y 0,1) y las positivas para las mujeres (17). De la misma forma, las plazas adjudicadas en el 2012 por especialidades<sup>69</sup>, el comportamiento todavía tiende hacia los hombres, es decir, especialidades con BG negativas (22), en igualdad (6) y BG positivas (19). Específicamente para las médicas latinoamericanas las especialidades con los valores máximos BG en el total adjudicado son Hidrología (0,80), Endocrinología (0,62), Pediatría (0,58), Dermatología (0,50), Hematología (0,44), Alergología (0,42) y Reumatología (0,40). En la situación contraria, especialidades como Traumatología (-0,90), Neurocirugía (-0,83), Cirugía Plástica (-0,79), Urología (-0,76) y las quirúrgicas como Cirugía Cardiovascular (-0,67), Cirugía General (-0,65), Cirugía Máxilofacial (-0,62) y Cirugía Torácica (-0,56), las médicas latinoamericanas están aún muy lejos de alcanzar los valores de los médicos, siendo ellos los que obtienen la mayoría de plazas MIR en estas especialidades.

---

<sup>68</sup> No se asignaron plazas a Estomatología.

<sup>69</sup> No hubo plazas adjudicadas para Estomatología y Bioquímica Clínica.



**Tabla 14. BG Plazas MIR adjudicadas por especialidad y región, 1987 – 2012**

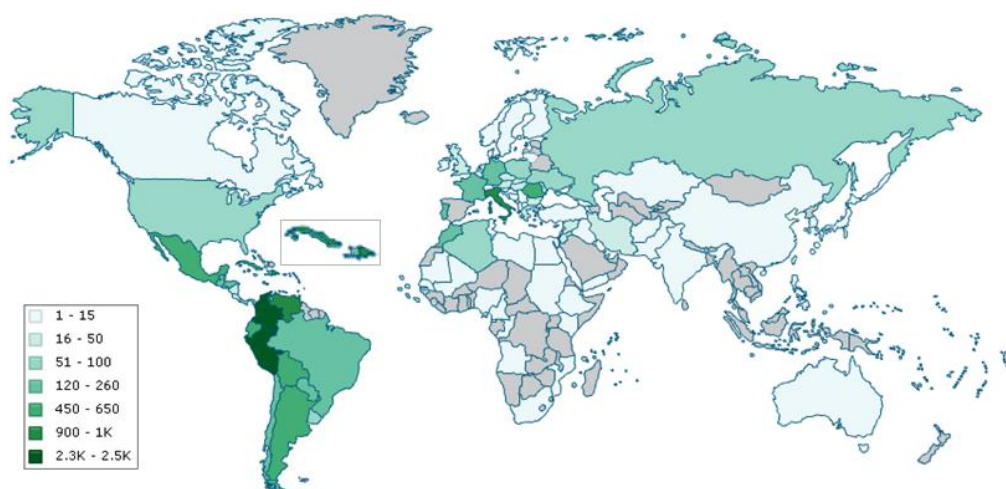
Especialidad	Total MIR (132.090)		Latinoamérica (10.906)				España (117.834)				RM (1.002)		UE/EEE (2.348)	
	%	BG	%	Tot	2006	2012	%	Tot	1987	2012	%	BG	%	BG
Pediatría y Áreas Específicas	5,8%	0,73	1,3%	0,58	0,50	0,73	6,3%	0,73	0,43	0,86	1,2%	0,91	3,8%	0,73
Obstetricia y Ginecología	3,9%	0,70	1,5%	0,30	-0,33	0,60	4,1%	0,72	0,09	0,89	2,4%	0,40	2,3%	0,58
Medicina Física Rehabilitac	1,4%	0,57	1,2%	0,08	0,57	-0,78	1,5%	0,61	0,74	0,57	0,5%	0,33	1,6%	-0,10
Hidrología Médica	0,3%	0,56	0,2%	0,80	1,00	0,50	0,3%	0,55	-	0,67	0,2%	-1,00	0,2%	0,75
Endocrinología y Nutrición	0,9%	0,54	0,8%	0,62	-0,50	0,44	0,9%	0,52	-0,63	0,70	0,2%	1,00	1,1%	0,86
Hematología y Hemoterapia	1,6%	0,54	1,9%	0,44	0,71	0,67	1,6%	0,55	0,00	0,59	1,3%	0,38	1,9%	0,63
Alergología	0,9%	0,54	1,3%	0,42	0,33	0,56	0,9%	0,56	-0,58	0,43	1,1%	0,17	2,0%	0,56
Microbiología y Parasitología	0,9%	0,51	1,3%	0,34	0,25	-1,00	0,8%	0,53	0,50	0,64	0,8%	0,00	0,9%	0,31
Análisis Clínicos	0,7%	0,51	0,6%	0,31	0,40	-1,00	0,7%	0,54	0,46	0,58	2,8%	-0,44	0,8%	0,62
Medicina Familiar y Comunit	30%	0,51	35%	0,13	0,14	0,19	29%	0,55	0,02	0,67	48%	-0,28	31%	0,40
Reumatología	0,8%	0,50	1,0%	0,40	-0,67	0,29	0,8%	0,51	0,06	0,83	0,5%	0,33	0,9%	0,60
Nefrología	1,2%	0,48	2,4%	0,24	0,75	0,38	1,1%	0,55	-0,36	0,73	3,2%	-0,67	1,6%	0,32
Dermatología Méd-Quir Ven	1,1%	0,47	0,5%	0,50	1,00	0,43	1,2%	0,47	0,00	0,22	0,4%	1,00	1,0%	0,36
Medicina Prev y Salud Públic	1,1%	0,47	1,2%	0,27	0,38	0,00	1,0%	0,49	0,45	0,43	1,3%	0,38	0,9%	0,69
Neurofisiología Clínica	0,7%	0,44	1,2%	0,24	0,00	0,00	0,6%	0,48	0,86	0,73	0,8%	-0,67	1,1%	0,31
Medicina del Trabajo	2,6%	0,44	3,0%	0,00	-0,20	0,00	2,6%	0,48	-	0,73	1,7%	-0,11	3,1%	0,24
Geriatría	0,8%	0,44	2,0%	-0,03	-0,31	0,30	0,7%	0,55	-0,33	0,60	0,3%	0,50	1,2%	0,29
Psiquiatría	3,2%	0,43	1,4%	0,14	0,17	0,11	3,4%	0,45	0,00	0,67	0,6%	0,00	2,4%	0,03
Oncología Médica	1,3%	0,42	1,2%	-0,13	0,00	-0,25	1,3%	0,45	-0,57	0,71	0,5%	-0,33	0,7%	0,22
Anatomía Patológica	1,3%	0,41	2,1%	0,28	0,67	-0,60	1,2%	0,43	0,24	0,53	1,6%	-0,55	2,1%	0,48
Cirugía Pediátrica	0,2%	0,40	0,2%	-0,07	0,50	0,60	0,3%	0,42	0,33	0,93	0,0%	-	0,1%	1,00
Oncología Radioterápica	0,7%	0,40	1,1%	-0,18	0,33	-0,17	0,7%	0,46	-0,20	0,45	0,4%	0,67	0,8%	0,36
<b>Total Plazas MIR Adjudicad</b>	<b>1</b>	<b>0,38</b>	<b>1</b>	<b>-0,03</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	<b>1</b>	<b>0,41</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,60</b>	<b>1</b>	<b>-0,24</b>	<b>1</b>	<b>0,24</b>
Bioquímica Clínica	0,4%	0,36	0,5%	-0,15	-0,40	-	0,4%	0,39	0,62	1,00	0,6%	0,50	0,6%	0,50
Neumología	1,5%	0,33	2,3%	0,17	-0,40	0,60	1,4%	0,36	-0,22	0,71	1,4%	0,00	1,5%	0,16
Farmacología Clínica	0,4%	0,33	0,8%	0,07	0,33	0,33	0,3%	0,38	-0,38	0,40	1,2%	0,00	1,0%	0,40
Medicina Nuclear	0,6%	0,32	1,1%	-0,08	0,67	-0,40	0,5%	0,40	0,00	0,61	0,3%	-1,00	1,0%	0,08
Medicina Interna	4,7%	0,32	2,5%	-0,27	-0,31	0,17	4,9%	0,35	-0,62	0,56	4,7%	0,04	4,7%	0,33
Aparato Digestivo	1,9%	0,30	1,9%	0,08	0,50	0,50	1,9%	0,32	-0,41	0,56	0,9%	0,20	1,2%	0,53
Radiodiagnóstico	3,2%	0,29	3,1%	-0,08	-0,20	0,07	3,3%	0,32	0,13	0,58	1,9%	0,42	2,6%	0,09
Neurología	1,6%	0,28	0,8%	-0,24	-1,00	-0,14	1,7%	0,31	-0,38	0,56	0,6%	-0,80	1,3%	0,24
Anestesiología y Reanimac	4,8%	0,27	4,2%	-0,18	-0,70	-0,13	4,9%	0,31	-0,13	0,44	2,0%	-0,18	4,5%	-0,17
Medicina Legal y Forense	0,4%	0,22	0,2%	-0,20	1,00	-1,00	0,4%	0,27	-	0,09	0,2%	0,00	0,3%	-1,00
Medicina Intensiva	2,3%	0,21	2,4%	-0,55	-0,69	-0,71	2,3%	0,29	-0,36	0,55	1,2%	-0,29	1,5%	0,11
Oftalmología	2,4%	0,19	2,2%	-0,24	-0,56	-0,13	2,4%	0,23	-0,45	0,58	2,5%	-0,44	3,4%	0,16
Inmunología	0,3%	0,13	0,6%	0,00	-0,60	0,00	0,2%	0,13	0,00	0,25	0,1%	-1,00	0,6%	0,64
Medicina Educ Física-Deport	1,6%	0,07	2,7%	-0,19	0,00	0,13	1,5%	0,12	-	-0,80	3,1%	-0,28	2,3%	-0,29
Estomatología	0,1%	0,07	0,0%	-	-	-	0,2%	0,09	-	-	0,1%	-1,00	0,0%	-1,00
Otorrinolaringología	1,3%	-0,11	2,1%	0,00	-0,60	0,17	1,3%	-0,12	-0,76	0,36	1,2%	-0,67	1,7%	-0,22
Cirugía Gnrl y Apt Digestivo	2,7%	-0,13	2,2%	-0,65	-0,89	-0,58	2,7%	-0,06	-0,69	0,44	2,1%	0,25	2,6%	-0,55
Angiología y Cirugía Vascular	0,5%	-0,19	0,6%	-0,52	1,00	-0,25	0,5%	-0,14	-0,88	-0,10	0,3%	0,50	0,5%	-0,50
Cardiología	2,0%	-0,22	1,3%	-0,62	-0,83	-0,69	2,1%	-0,18	-0,47	0,28	1,1%	-0,63	1,9%	-0,43
Cirugía Torácica	0,2%	-0,40	0,5%	-0,56	-0,33	-0,75	0,2%	-0,37	-1,00	0,50	0,2%	0,00	0,1%	0,50
Cirugía Plást, Est y Reparad	0,6%	-0,41	0,5%	-0,79	0,00	-1,00	0,6%	-0,35	-0,50	-0,53	0,5%	-0,33	0,6%	-1,00
Cirugía Oral y Máxilofacial	0,5%	-0,45	0,3%	-0,62	-	-0,50	0,5%	-0,45	-0,75	-0,29	0,5%	-0,33	0,3%	0,00
Neurocirugía	0,5%	-0,47	0,6%	-0,83	-1,00	-1,00	0,4%	-0,39	-0,67	0,28	0,6%	-0,80	0,5%	-0,80
Cirugía Cardiovascular	0,3%	-0,58	0,6%	-0,67	-0,50	-0,43	0,3%	-0,56	-0,50	0,17	0,2%	-1,00	0,6%	-0,56
Cirugía Ortopéd y Traumatol	3,2%	-0,58	1,8%	-0,90	-0,88	-0,86	3,3%	-0,55	-0,89	-0,11	2,1%	-0,89	2,4%	-0,78
Urología	1,2%	-0,60	1,4%	-0,76	0,00	-0,67	1,2%	-0,57	-0,88	0,37	0,9%	-0,71	1,1%	-0,92

**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI.

En cuanto a los países que han conseguido plaza MIR, en 1987 solamente Chile, Estados Unidos, Israel, Italia, Panamá, Portugal, Alemania y Venezuela lograron entrar al programa de formación. Sin embargo, para el 2012 médicas-os de 101 países obtuvieron plaza MIR en las diferentes especialidades ofertadas, cuatro menos del total de países que homologaron y/o reconocieron el título de medicina (Mapa 4). De los países del Resto del Mundo, Marruecos es el primer país con 216 plazas MIR seguido por Ucrania (85), Rusia (82), Haití (60), Estados Unidos (54), Argelia (51),

Palestina (44), Líbano (40) y Siria (37). En esta misma región, del total de homologaciones en medicina (2.031) el 49% de médicas-os lograron acceder al cupo para extranjeras-os que las plazas MIR les adjudicaron. En cuanto a la brecha de género de los países del Resto del Mundo, hubo una importante variación entre las homologaciones y las plazas MIR. Mientras que la brecha de género de las homologaciones reflejaba casi una situación de igualdad (-0,09), la BG de las plazas MIR adjudicadas tendía a favorecer más a los hombres que a las mujeres (-0,24). Esta situación podría estar dada porque la región es la más diversa en términos socioculturales. De los primeros nueve países con plazas adjudicadas, solo Estados Unidos presenta una brecha de género mayoritaria para las mujeres. Los otros ocho países, tienen BG bastantes negativas.

**Mapa 4. Plazas MIR adjudicadas a países diferentes a España, 1987 – 2012**



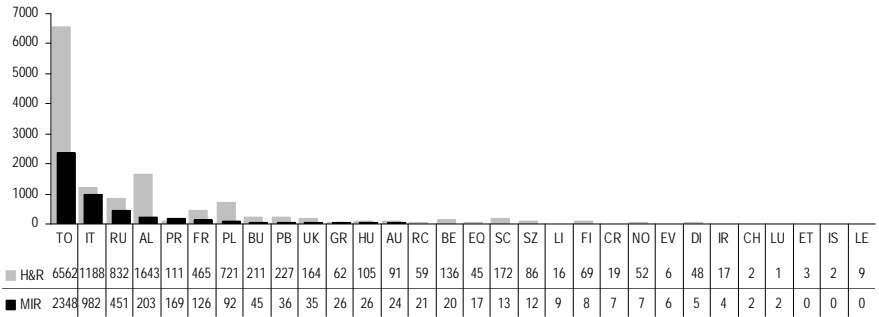
**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI.

De forma similar a las homologaciones, la UE/EEE y Latinoamérica son las regiones con mayor representación en las plazas MIR adjudicadas, sumando el 10% del total ofertado. En el caso de la UE/EEE, solamente el 36% de médicas-os que homologaron y/o reconocieron su título en medicina accedieron a una plaza MIR (Gráfica 14). Alemania es el país con un mayor número de credenciales médicas expedidas por las instituciones españolas, sin embargo, al relacionar el dato con las plazas MIR adjudicadas es Italia quien alcanza el 83% de estas plazas. Seguido por Rumanía (54%), Alemania (12%), Portugal<sup>70</sup>, Francia (27%), Polonia (13%), Bulgaria (21%), Países Bajos (16%) y el Reino Unido (21%). En cuanto a la BG, en la UE/EEE

<sup>70</sup> Portugal y Luxemburgo presentan un número mayor de plazas MIR que de homologaciones. Esta discrepancia en los datos puede deberse a los cambios en la coordinación entre el MECD y el MSSSI.

el 57% de las mujeres accedieron a una plaza de formación con una BG de 0,24 en toda la serie de datos.

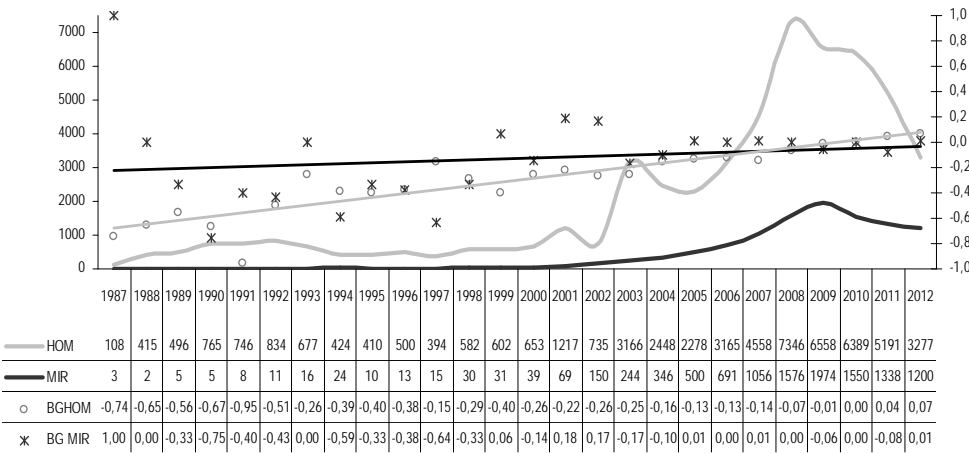
**Gráfica 14. HOM y REC MED UE/EEE y plazas MIR UE/EEE por país, 1987 – 2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

De otra parte, solo hasta el 2002 Latinoamérica tiene una participación significativa en la adjudicación de plazas MIR (Gráfica 15). En los últimos diez años, de 2002 a 2012, las plazas MIR tienen el mismo comportamiento de “U” invertida que las homologaciones, solo que con valores mucho más bajos. En cuanto a la BG, Latinoamérica para el mismo periodo de tiempo presenta unos datos mucho más agrupados en torno a la tendencia, que tanto para el caso de las homologaciones como las plazas MIR, se ubica en la zona de igualdad.

**Gráfica 15. HOM MED LAM y plazas MIR adj. LAM por año y BG, 1987 – 2012**

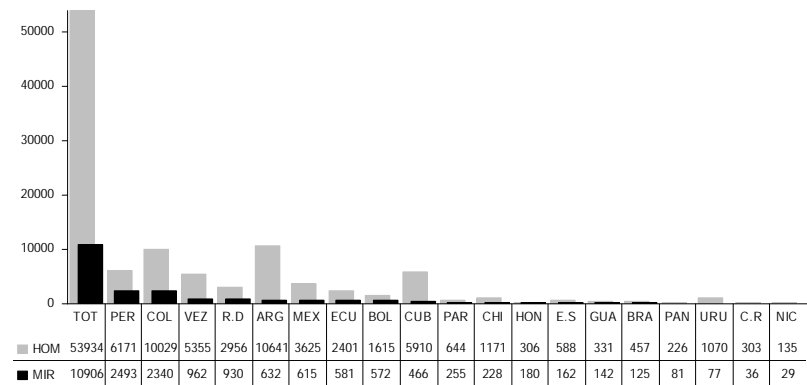


Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Sin embargo, en términos comparativos, Latinoamérica es la región que menos plazas MIR alcanza con respecto a las homologaciones otorgadas (Gráfica 16). Mientras que el Resto del Mundo está en un 49%, la UE/EEE en

un 36%, Latinoamérica tiene solo un 20% de plazas adjudicadas frente a las credenciales en medicina que ha homologado. Si por una parte Argentina y Colombia tienen un alto porcentaje de homologaciones, Perú y Colombia son los países que más plazas MIR han obtenido. No obstante, si es analizada la relación entre plazas adjudicadas y homologaciones, el mejor comportamiento es de Honduras (59%), seguido por Guatemala (43%), Perú (40%) y Paraguay (40%). Al final del espectro, con muchas homologaciones pero pocas plazas adjudicadas, se encuentran Chile (19%), Venezuela (18%), México (17%), Costa Rica (12%), Cuba (8%), Uruguay (7%) y Argentina (6%). El resto de países, Panamá, Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Brasil, Ecuador, Colombia y Nicaragua, tienen una relación entre el rango de 36% y el 21%.

**Gráfica 16. Homologaciones medicina LAM y plazas MIR adjudicadas LAM por país, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Si por una parte Latinoamérica en general tiene una BG en las plazas MIR adjudicadas (-0,03) que lleva a la región casi a la igualdad entre hombres (51%) y mujeres (49%), el análisis por países evidencia otras realidades (Tabla 15). Es el caso de países como República Dominicana, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba y Honduras que tienen brechas favorables a las mujeres en diferentes grados. Ubicados en el rango de casi una situación de igualdad (0,1 y -0,1) se encuentran Paraguay, Nicaragua, Colombia, Uruguay y Panamá. Por el contrario, con una BG propicia a los hombres están Ecuador, Bolivia, Perú, El Salvador, México, Chile, Guatemala y Costa Rica. En este sentido, la igualdad de la región está dada por valores polarizados en cada uno de los extremos de igual magnitud, y otros pocos países con valores de BG muy cercanos a cero.

De otra parte, si se relaciona la BG de plazas adjudicadas con la BG de las homologaciones, se pueden clasificar los países en dos categorías. La primera de ellas, agrupa a los países que han mantenido casi la misma BG en

los dos trámites. En este grupo se encuentran República Dominicana, Uruguay, Ecuador, Bolivia, Perú, México, Chile y Guatemala. En el segundo grupo se encuentran los países que han modificado significativamente la BG, bien sea a favor de las mujeres (Brasil, Argentina, Cuba, Paraguay, Colombia, Panamá, México y Chile) o profundizando aún más la brecha hacia los hombres (Ecuador, Bolivia, Perú, El Salvador, Guatemala y Costa Rica). Venezuela ha mantenido la BG positiva en ambos casos, pero el valor de las plazas MIR con respecto a las homologaciones ha disminuido. En cuanto a la tendencia a través del tiempo, la BG de la región siempre se ha mantenido en 0,0 debido a la existencia de los dos grupos de países con BG negativas y positivas en magnitudes iguales pero contrarias.

Tabla 15. BG plazas MIR asignadas LAM por país, 1987 – 2012									
País	Total 1987/88 – 2012/13						BG 06/07	BG 08/09	BG 12/13
	Total	M	H	BG MIR	BG HOM				
<i>Total MIR ES</i>	n/a	117.834	63%	37%	0,41	n/a	0,53	0,60	0,60
Rep. Dominicana	8,5%	930	63%	37%	0,41	0,40	0,00	0,49	0,30
Brasil	1,1%	125	59%	41%	0,31	-0,01	0,14	0,35	0,75
<i>Total MIR UE/EEE</i>	n/a	2.348	57%	43%	0,24	n/a	0,29	0,39	0,18
Argentina	5,8%	632	57%	43%	0,23	-0,28	0,60	-0,31	-0,18
Venezuela	8,8%	962	54%	46%	0,13	0,20	0,09	0,33	0,10
Cuba	4,3%	466	53%	47%	0,11	-0,20	0,43	-0,07	0,22
Honduras	1,7%	180	53%	47%	0,11	-0,01	1,00	0,17	0,30
Paraguay	2,3%	255	53%	47%	0,10	-0,18	0,00	0,09	0,35
Nicaragua	0,3%	29	52%	48%	0,07	0,20	-	0,60	-1,00
Colombia	21,5%	2.340	51%	49%	0,03	-0,17	0,23	0,00	0,11
Uruguay	0,7%	77	51%	49%	0,03	0,07	-0,33	-0,33	-0,33
Panamá	0,7%	81	51%	49%	0,02	-0,12	-0,50	0,17	-0,50
<b>Total MIR LAM</b>	<b>100%</b>	<b>10.906</b>	<b>49%</b>	<b>51%</b>	<b>-0,03</b>	<b>-0,15</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>
Ecuador	5,3%	581	46%	54%	-0,16	-0,13	-0,12	0,15	-0,06
Bolivia	5,2%	572	45%	55%	-0,18	-0,15	0,00	-0,26	-0,38
Perú	22,9%	2.493	44%	56%	-0,21	-0,20	-0,17	-0,15	-0,08
<i>Total MIR RM</i>	n/a	1.002	43%	57%	-0,24	-0,09	0,27	0,13	0,15
El Salvador	1,5%	162	43%	57%	-0,26	-0,17	-0,25	-0,13	0,21
México	5,6%	615	41%	59%	-0,31	-0,36	-0,57	-0,29	-0,30
Chile	2,1%	228	36%	64%	-0,45	-0,50	-0,90	-0,57	-0,41
Guatemala	1,3%	142	34%	66%	-0,49	-0,31	-0,75	-0,50	0,14
Costa Rica	0,3%	36	31%	69%	-0,56	-0,20	0,00	-0,67	-0,67

Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

### iii. Acreditaciones para el nivel de especialización

Una vez analizado cuantitativamente el primero de los dos procesos para acceder a la credencial de especialidad en el epígrafe anterior, a continuación son presentadas las cifras en relación con la segunda opción: la legalización de la formación de especialista bien sea por la titulación interna, homologación o reconocimiento. En este sentido, la credencial que certifica la especialización en España se adquiere por las mismas tres vías que la de la carrera de medicina: título de formación en el sistema MIR

español, homologación para los países extracomunitarios y reconocimiento para los de la UE/EEE, de los títulos de especialista.

En cuanto a la legislación, las credenciales de especialista están reguladas por el Real Decreto 459/2010<sup>71</sup>. Con respecto a las titulaciones de especialista que provienen del sistema MIR, el decreto en mención ha cambiado las competencias entre los ministerios. El MSSSI continúa con la coordinación del sistema de formación médica especializada, pero desde la aplicación del decreto en el 2010 tramita los reconocimientos de los títulos obtenidos en estados no miembros de la UE/EEE. Así como el MECD solo interviene en la tramitación del título de especialista, que se expide una vez las/os residentes han finalizado la formación con una evaluación final positiva, han obtenido la orden de concesión del título y han pagado las tasas correspondientes. En lo concerniente a la homologación y reconocimiento de títulos obtenidos fuera de España, si el proceso de homologación del título de medicina es relativamente sencillo en cuanto a trámites, el mismo proceso para el título de especialista no lo es. Según la legislación, el Real Decreto tiene como objeto dar respuesta a las circunstancias actuales del sistema sanitario de alto nivel de movilidad de las/os profesionales de la medicina, garantizando que el “reconocimiento profesional de títulos extranjeros no vaya en detrimento de los altos niveles de calidad conseguidos tanto en España como de los demás estados miembros de la Unión Europea en la formación de especialistas” (ibídem, 2012: 39032). En este sentido, el MSSSI realiza el trámite de reconocer a los títulos extranjeros de especialista, los efectos profesionales inherentes al correspondiente título español de especialista. Este procedimiento tiene dos fases. Primero, un análisis del expediente que incluye la homologación o reconocimiento del título de medicina y la documentación de la formación de especialista recibida. El resultado puede ser un informe negativo que termina el procedimiento o un informe condicionado a los siguientes casos: un periodo de ejercicio profesional en prácticas evaluado, un periodo de formación complementaria, la superación de una prueba teórico-práctica seguida de un periodo de ejercicio profesional en prácticas evaluado. En la segunda fase, se realiza una verificación final de la evaluación positiva de habilidades clínicas y comunicativas en un periodo de ejercicio profesional en prácticas o de formación complementaria. La resolución favorable otorga los mismos derechos y obligaciones profesionales que el título español de especialista, el cual es requisito imprescindible para el ejercicio por cuenta propia o ajena de la especialidad en España.

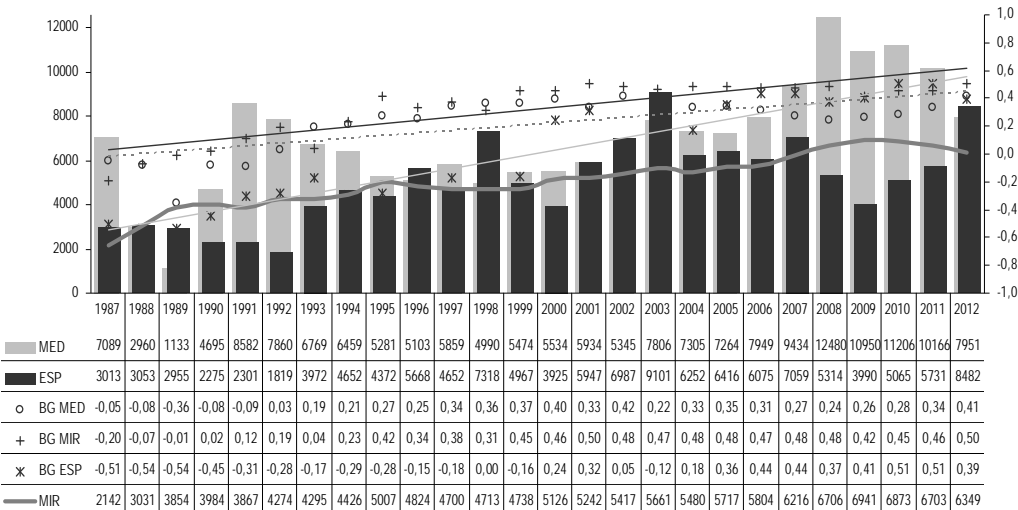
Durante el periodo de análisis, las instituciones españolas del SSN tramitaron 181.578 credenciales en medicina, 131.361 en especialización y adjudicaron 132.090 plazas de formación MIR (Gráfica 17). A lo largo de

---

<sup>71</sup> MECD, <https://sede.educacion.gob.es/especialistas> [consulta febrero 2014]

estos 25 años, es posible observar como en los extremos de la serie las credenciales en medicina han superado significativamente a las de especialización. Por el contrario, de 1995 al 2005 han mantenido valores muy cercanos. En cuanto a las plazas MIR adjudicadas, éstas han mantenido un crecimiento constante partiendo de aproximadamente 2.000 en 1987, hasta alcanzar las 6.000 para el 2012. Llama la atención la relación de la BG entre medicina, plazas MIR y especialización. Aunque la BG total en los tres casos es positiva para las médicas, a medida que aumenta la complejidad en la obtención de las credenciales, la BG es menos favorable a ellas. Es decir, mientras que los títulos en formación interna, homologaciones y/o reconocimientos en medicina tienen una BG de 0,25<sup>72</sup>, estos mismos trámites para la especialización tienen una BG de 0,10<sup>73</sup>. Podría decirse que en medicina la brecha es proclive hacia las mujeres, pero ya en la especialización estaría en un rango muy cercano a la igualdad entre hombres y mujeres (-0,10 a 0,10). De la misma manera, la BG de las plazas MIR muestra una ventaja para las mujeres (0,38), sin embargo, vuelve a disminuir hasta llegar a niveles próximos a la igualdad (0,10) de las credenciales en especialidad. Valores, en el total, que se presentan nuevamente para el 2012, aunque las BG en los tres casos indican un acceso mayor de las mujeres y con cifras cada vez más cercanas entre sí (0,41 en medicina, 0,50 en las plazas MIR adjudicadas, frente a 0,39 en especialidades).

**Gráfica 17. MED, plazas MIR adjudicadas y ESP por año y BG, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

<sup>72</sup> No se incluye el 3% de los reconocimientos en medicina de la UE/EEE porque en los archivos planos entregados por los ministerios, no se cuenta con la variable "género".

<sup>73</sup> Como el caso de la BG en medicina, el 4% de reconocimientos de especializaciones de la UE/EEE no se incluye al no estar la variable "género" en el archivo plano.

Si bien es cierto que las BG tanto en el total como en el último año de la serie muestran una participación mayor de las mujeres en las credenciales del nivel de medicina, plazas MIR adjudicadas y especialidades, las personas que integran el FPME introducen un matiz. Como se había mencionado anteriormente el FPME es el órgano de gobierno que agrupa las principales organizaciones conformadas por profesionales de la medicina que no tienen que ver con las instituciones del Estado, ni los organismos multilaterales de los SSN. Mientras que por una parte la BG indica una feminización de la medicina, por otra parte los miembros del FPME son todos hombres. Para el 2014 el FPME está integrado por los presidentes y secretarios generales del Consejo Nacional de Estudiantes de Medicina, la Organización Médica Colegial de España, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina<sup>74</sup> (Fotografía 1). Sin embargo, lo que más llama la atención es que en el Consejo Nacional de Estudiantes de Medicina, de cinco estudiantes que conforman su comisión ejecutiva solo una es mujer<sup>75</sup>, cuando para el 2012 las facultades de medicina de España contaban con un 72% de estudiantes mujeres, generando una brecha del 0,60 con relación a los estudiantes hombres.

**Fotografía 1. Miembros del FPME, 2014**



**Fuente:** <http://www.cesm.org.es/index.php/profesion/foro-de-la-profesion-medica/3086-el-foro-de-la-profesion-se-opone-a-la-apertura-de-nuevas-facultades>.

---

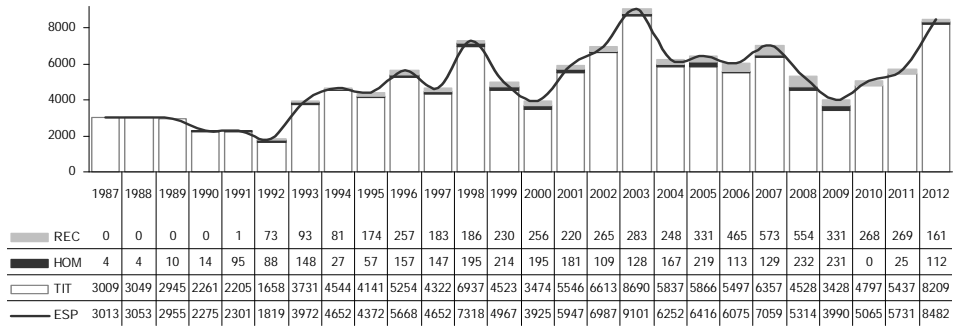
<sup>74</sup> Confederación Estatal de Sindicatos Médicos - CESM, <http://www.cesm.org.es/index.php/profesion/foro-de-la-profesion-medica/3086-el-foro-de-la-profesion-se-opone-a-la-apertura-de-nuevas-facultades> [consulta febrero de 2014]

<sup>75</sup> Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina - CEEM, <http://www.ceem.org.es/ceem/quienes-somos/> [consulta febrero de 2014]



En general, las credenciales concedidas para el ejercicio de especialistas no han tenido un comportamiento homogéneo dentro de la serie de tiempo (Gráfica 18), pudiéndose distinguir varios periodos. El primero de ellos corresponde a los años de 1987 a 1992 en los cuales las/os especialistas se mantuvieron en valores entre 2.000 y 3.000. Para luego en los siguientes seis años aumentar constantemente hasta alcanzar uno de los tres picos más altos de la serie en 1998 con 7.318 especialistas. Por último, la serie presenta dos ciclos en forma de “U”. El primero comprende los años de 1999 hasta 2003, año en el que se encuentra el valor más alto en los 25 años de análisis (9.101). El segundo abarca los últimos nueve años, con un valor mínimo de 3.990 en 2009, para cerrar en el 2012 con el tercero de los valores más altos, alcanzando las 8.482 credenciales anuales de especialista.

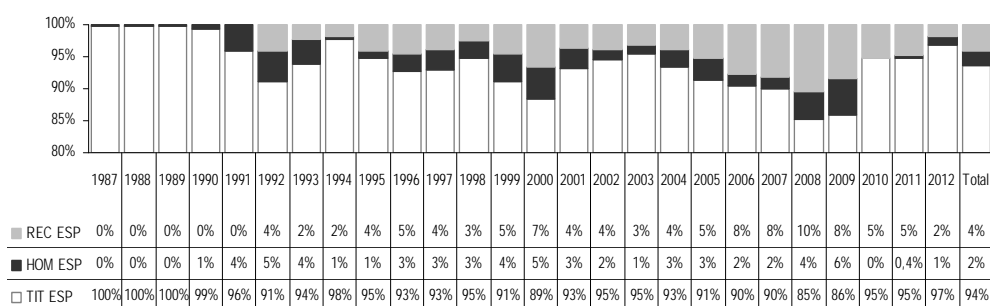
**Gráfica 18. Total ESP, TIT, HOM y REC por año, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Con respecto a la participación por las diferentes vías de acceso a la credencial de especialista en España, las titulaciones adquiridas en el sistema MIR español, bien sea de nacionales, UE/EEE y extranjeras-os, corresponden a más del 90% del total (Gráfica 19). Solamente en los años 2000, 2008 y 2009 las titulaciones bajan al 89%, 85% y 86% respectivamente. Para estos 25 años de análisis las titulaciones han sido del orden del 94%, el reconocimiento de títulos el 4% y las homologaciones solo un 2%. Este dato contrasta fuertemente con la composición de las credenciales de medicina de la Gráfica 5, en el que las titulaciones corresponden al 66%, las homologaciones al 33% y los reconocimientos al 3%. Esta diferencia en los porcentajes podría obedecer a la facilidad del procedimiento para homologar el título de medicina, y en el caso opuesto, a la dificultad cuando se va a realizar el reconocimiento y/o homologación del título de especialista.

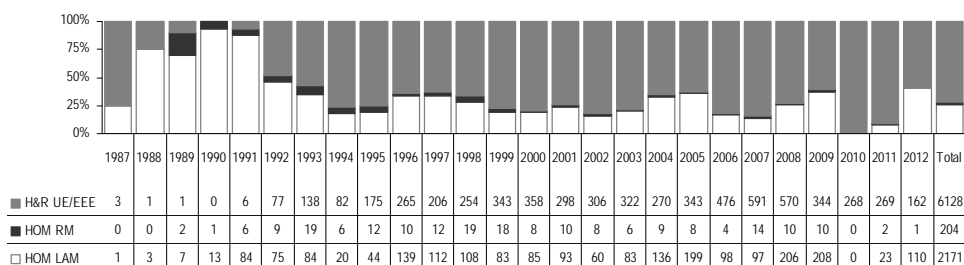
**Gráfica 19. Total ESP, TIT, HOM y REC por año, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Centrando el análisis en las homologaciones y reconocimientos por regiones, los datos de participación también evidencian un fuerte contraste entre las credenciales de especialista y las de medicina. Mientras que el total de homologaciones de Latinoamérica para el título de medicina era del 86% (Gráfica 6), el reconocimiento y homologación en el caso de títulos de especialista es solamente del 26% (Gráfica 20). Caso opuesto a la UE/EEE, con un 11% para credenciales médicas y un 72% para las de especialista. Datos que parecen avalar la directriz proteccionista del Real Decreto 459/2010, el cual tiene por objeto garantizar que el reconocimiento de títulos extranjeros no vaya en detrimento de los altos niveles de calidad de España y de la UE/EEE en cuanto la formación de especialistas. Vale la pena anotar que el año 2010, no tiene datos de homologación para las regiones del Resto de Mundo y Latinoamérica. Esta situación no se debe a la falta de registro, sino a que en ese año se hizo efectivo el cambio de competencias entre el MSSSI y el MECD y por lo tanto no se concedieron homologaciones para especialistas de países de estas regiones.

**Gráfica 20. HOM y REC especialidades por año, 1987 – 2012**

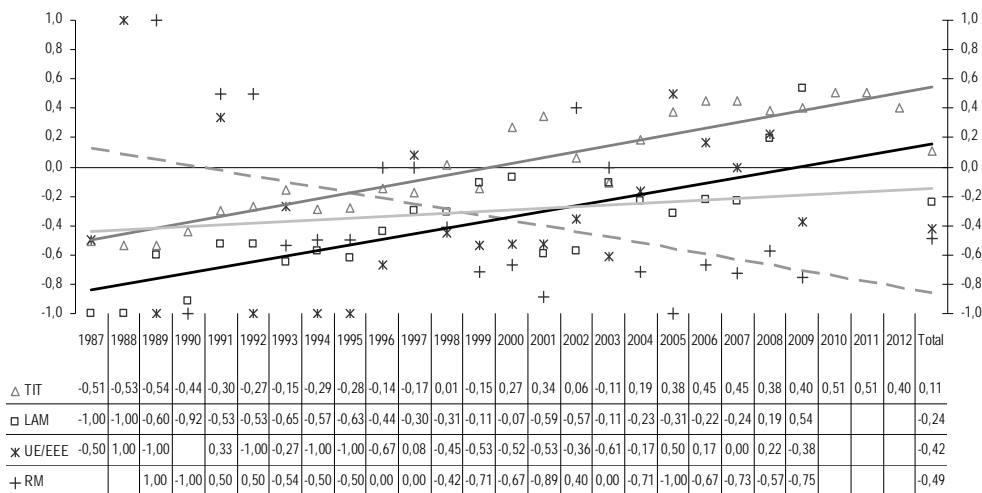


**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Siguiendo con las regiones, la BG presenta una relación levemente favorable (0,11) a las médicas especialistas solamente en el caso de las titulaciones obtenidas en España (Gráfica 21). Para las otras tres regiones la

brecha es bastante más propicia a los hombres. Vale la pena anotar que la BG de Latinoamérica es bastante superior a la de la UE/EEE y el RM. Esta situación podría darse por la falta del registro en los archivos planos para los años 2010, 2011 y 2012. Sin embargo, son solo tres años de 25 y siguiendo la tendencia tendrían que ser propicias para las mujeres, así que el dato podría tener validez. En cuanto a la tendencia de la BG, las titulaciones, las homologaciones de Latinoamérica y las de UE/EEE avanzan la primera hacia la feminización, y las otras dos hacia la igualdad. Solamente el Resto del Mundo mantiene una tendencia contraria.

**Gráfica 21. Tendencia TIT y BG HOM y REC especialidades por regiones, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

De otra parte, el análisis de la brecha de género por especialidades evidencia los mismos resultados en cuanto a la segregación por hombres y mujeres que el efectuado en el caso de las plazas MIR adjudicadas (Tabla 16). No obstante están muchos más intensificados en la Tabla 10 debido a que son las titulaciones efectivas realizadas por el MECD. En términos globales la BG en las titulaciones por especialidad obtenidas en España es levemente positiva (0,11), reflejando una situación de igualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, si son comparados los resultados positivos con los negativos de la BG es posible encontrar que los valores hacia los hombres son mucho más intensos que los superiores de las mujeres. Es decir, mientras Pediatría tiene una BG de 0,58, en el otro extremo, Urología y Cirugía Cardiovascular presentan una BG de -0,82. Sin embargo, al comparar estas brechas tan negativas con las plazas MIR adjudicadas para el 2013, la situación cambia de forma considerable. En el 2013 las médicas obtuvieron tantas plazas MIR que hacen que la BG de

especialidades como Cirugía Máxilofacial, Cirugía Torácica, Cirugía Pediátrica, Urología y Cirugía Cardiovascular tengan valores del -0,25, -0,17, 0,85, 0,04 y -0,17, respectivamente.

Solamente Cirugía Plástica y Reparadora sigue teniendo una BG de -0,63. Por otro lado, al relacionar la BG de las titulaciones de España (0,11) con las homologaciones de Latinoamérica (-0,24), también se presenta la misma segregación por especialidades. Sin embargo, es considerable la distancia que existe entre las dos regiones. Para el caso de Latinoamérica solamente especialidades tales como Matrona, Microbiología, Anatomía Patológica, Hematología, Pediatría y Reumatología tienen BG positivas a las mujeres. Medicina Familiar, Endocrinología, Medicina del deporte, Neumología y Dermatología tienen BG de igualdad. De resto, todas las especialidades son negativas a las mujeres, aumentando la intensidad de la brecha hasta llegar a máximos en las especialidades relacionadas con la cirugía.

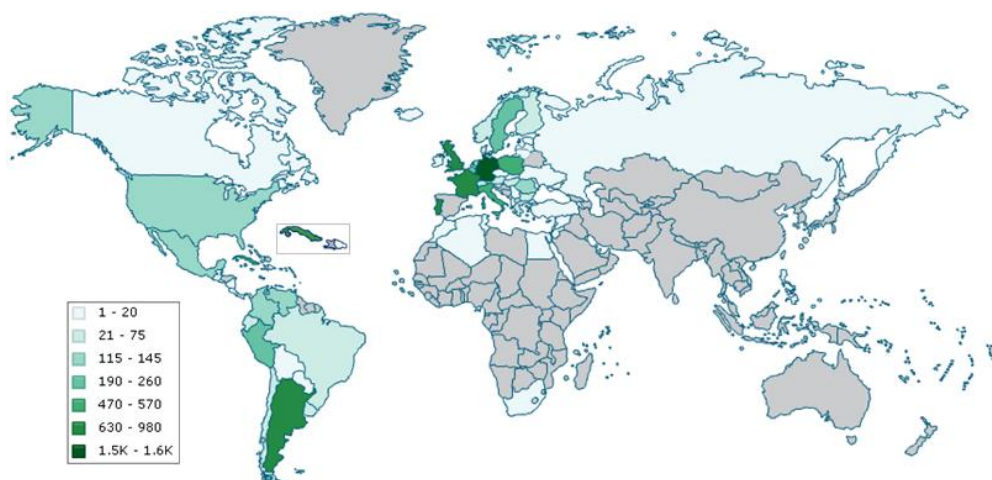
Tabla 16. BG especialidades por LAM, MIR y TIT, 1987 – 2012									
Especialidad <sup>76</sup>	HOM LAM* (2.038)		MIR (132.090)		TIT (122.858)		Tendencia BG TIT		
							1987	2012	MIR**
Medicina Física y Rehabilitación	1,2%	-0,33	1,4%	0,57	1,2%	<b>0,58</b>	0,45	0,75	0,39
Pediatría y Áreas Específicas	4,2%	0,31	5,8%	0,73	5,7%	<b>0,56</b>	0,11	0,78	0,85
Microbiología y Parasitología	0,2%	0,67	0,9%	0,51	0,7%	<b>0,51</b>	0,07	0,80	0,36
Obstetricia y Ginecología	16%	-0,22	3,9%	0,70	3,5%	<b>0,46</b>	-0,56	0,81	0,86
Alergología	0,7%	-0,44	0,9%	0,54	0,8%	<b>0,44</b>	-0,23	0,72	0,43
Análisis Clínicos	0,2%	-0,33	0,7%	0,51	0,7%	<b>0,42</b>	-0,16	0,27	0,33
Neurofisiología Clínica	0,0%	-	0,7%	0,44	0,5%	<b>0,40</b>	-0,90	0,69	0,67
Hematología y Hemoterapia	0,4%	0,40	1,6%	0,54	1,2%	<b>0,39</b>	-0,37	0,70	0,61
Nefrología	1,2%	-0,15	1,2%	0,48	0,9%	<b>0,39</b>	-0,67	0,72	0,62
Hidrología Médica	0,0%	-	0,3%	0,56	0,2%	<b>0,38</b>	-0,43	-0,50	0,57
Anatomía Patológica	1,5%	0,50	1,3%	0,41	1,0%	<b>0,35</b>	-0,08	0,56	0,33
Bioquímica Clínica	0,1%	-1,00	0,4%	0,36	0,4%	<b>0,35</b>	0,71	0,57	1,00
Dermatología Méd-Quir y Venereología	3,2%	-0,03	1,1%	0,47	1,0%	<b>0,32</b>	-0,56	0,61	0,25
Farmacología Clínica	0,0%	-	0,4%	0,33	0,3%	<b>0,31</b>	-0,60	0,60	0,33
Medicina Nuclear	0,1%	1,00	0,6%	0,32	0,4%	<b>0,30</b>	0,38	0,37	0,38
Medicina Familiar y Comunitaria	8,9%	0,04	30%	0,51	33%	<b>0,29</b>	-0,36	0,35	0,57
Endocrinología y Nutrición	0,4%	0,00	0,9%	0,54	0,8%	<b>0,29</b>	0,09	0,78	0,67
Reumatología	0,8%	0,30	0,8%	0,50	0,7%	<b>0,24</b>	-0,45	0,67	0,68
Oncología Médica	0,9%	-0,80	1,3%	0,42	1,0%	<b>0,21</b>	-0,64	0,56	0,58
Psiquiatría	8,9%	-0,11	3,2%	0,43	3,1%	<b>0,20</b>	-0,41	0,54	0,61
Geriatría	0,3%	-0,60	0,8%	0,44	0,7%	<b>0,19</b>	-0,79	0,33	0,47
Medicina Preventiva y Salud Pública	0,4%	-0,40	1,1%	0,47	1,5%	<b>0,17</b>	-0,50	0,74	0,43
Oncología Radioterápica	0,1%	-0,50	0,7%	0,40	0,6%	<b>0,16</b>	-0,21	0,09	0,33
Anestesiología y Reanimación	5,9%	-0,36	4,8%	0,27	4,0%	<b>0,14</b>	-0,35	0,47	0,32
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>-0,24</b>	<b>1</b>	<b>0,38</b>	<b>1</b>	<b>0,11</b>	<b>-0,51</b>	<b>0,40</b>	<b>0,50</b>
Neumología	0,5%	0,00	1,5%	0,33	1,2%	<b>0,04</b>	-0,79	0,38	0,65

<sup>76</sup> Las siguientes especialidades han desaparecido en el tiempo. Estos son los datos del único año en que se ofertaron. Cirugía Pulmonar (1997, 3, -1,0); Higiene y Salud (1989, 2, -1,0); Medicina Espacial (1988, 1, -1,0); Aparato Circulatorio (1997, 22, -0,95); Aparato Respiratorio (1998, 12, -0,91); Electrorradiología (2009, 22, -0,84); Cirugía General (2012, 36, -0,76); Radioterapia (2001, 11, -0,63); Histopatología (2006, 10, -0,57).

Tabla 16. BG especialidades por LAM, MIR y TIT, 1987 – 2012									
Especialidad <sup>76</sup>	HOM LAM* (2.038)		MIR (132.090)		TIT (122.858)		Tendencia BG TIT		
							1987	2012	MIR**
Inmunología	0,1%	-0,50	0,3%	0,13	0,2%	<b>0,03</b>	-0,75	0,60	0,17
Neurología	1,8%	-0,56	1,6%	0,28	1,3%	<b>0,03</b>	-0,63	0,43	0,48
Medicina Interna	1,4%	-0,29	4,7%	0,32	3,8%	<b>0,00</b>	-0,82	0,48	0,54
Radiodiagnóstico	3,9%	-0,43	3,2%	0,29	3,2%	<b>0,00</b>	-0,52	0,42	0,46
Aparato Digestivo	1,4%	-0,25	1,9%	0,30	1,5%	<b>-0,03</b>	-0,68	0,54	0,53
Oftalmología	7,6%	-0,38	2,4%	0,19	2,6%	<b>-0,08</b>	-0,37	0,45	0,41
Medicina Legal y Forense	0,0%	-	0,4%	0,22	0,5%	<b>-0,08</b>	0,00	-0,22	-0,15
Medicina del Trabajo	0,2%	-0,33	2,6%	0,44	4,9%	<b>-0,13</b>	-0,24	0,44	0,39
Medicina Intensiva	1,0%	-0,46	2,3%	0,21	1,7%	<b>-0,16</b>	-0,92	0,62	0,33
Medicina Educación Física y Deporte	0,6%	0,00	1,6%	0,07	1,1%	<b>-0,29</b>	-1,00	-0,51	-0,10
Cirugía Pediátrica	0,5%	-0,75	0,2%	0,40	0,2%	<b>-0,31</b>	-0,56	0,47	<b>0,85</b>
Otorrinolaringología	2,5%	-0,68	1,3%	-0,11	1,4%	<b>-0,36</b>	-0,73	0,28	<b>0,20</b>
Estomatología	-	-	0,1%	0,07	2,2%	<b>-0,44</b>	-0,54	-	-
Cardiología	5,4%	-0,72	2,0%	-0,22	1,6%	<b>-0,46</b>	-0,80	-0,22	<b>0,13</b>
Angiología y Cirugía Vascular	0,1%	-1,00	0,5%	-0,19	0,5%	<b>-0,48</b>	-1,00	0,00	<b>-0,11</b>
Cirugía Plástica, Estética y Reparadora	2,1%	-0,87	0,6%	-0,41	0,7%	<b>-0,50</b>	-1,00	0,14	<b>-0,63</b>
Cirugía General y del Aparato Digestivo	1,0%	-0,95	2,7%	-0,13	2,4%	<b>-0,50</b>	-0,85	-0,21	<b>0,23</b>
Cirugía Oral y Máxilofacial	0,05%	-1,00	0,5%	-0,45	0,5%	<b>-0,65</b>	-0,67	-0,40	<b>-0,25</b>
Cirugía Torácica	0,2%	-1,00	0,2%	-0,40	0,2%	<b>-0,68</b>	-1,00	-0,17	<b>-0,17</b>
Neurocirugía	0,6%	-1,00	0,5%	-0,47	0,3%	<b>-0,70</b>	-1,00	-0,33	<b>-0,14</b>
Cirugía Ortopédica y Traumatología	4,3%	-0,96	3,2%	-0,58	3,1%	<b>-0,76</b>	-0,93	-0,38	<b>-0,27</b>
Cirugía Cardiovascular	0,4%	-1,00	0,3%	-0,58	0,2%	<b>-0,82</b>	-1,00	-0,60	<b>-0,17</b>
Urología	0,9%	-1,00	1,2%	-0,60	1,1%	<b>-0,82</b>	-0,88	-0,69	<b>0,04</b>
Enfermería Obst-Ginecológica (Matrona)	8,1%	0,96	-	-	-	-	-	-	-
Notas: (*) 1987 – 2009; (**) Plazas MIR Adjudicadas 2012/2013									
Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.									

De la misma forma que con las variables analizadas anteriormente, cuando se comparan los datos de las credenciales de medicina con las de especialidades en cuanto a diversidad de países, los resultados cambian notoriamente. En términos generales, ahora solo aparecen muy pocos países de África y de Asia (Mapa 5). Asimismo, mientras que los países con mayor número de credenciales aprobadas de medicina son Argentina (10.642), Colombia (10.030), Perú (6.171), Cuba (5.910), Venezuela (5.355) y México (3.625), todos de Latinoamérica, para el caso de las credenciales de especialista los países que ostentan en mayor número estas credenciales son Alemania (1.547) seguido por Argentina (972), Portugal (817), Francia (675), Reino Unido (633) e Italia (566), países en su gran mayoría de la UE/EEE.

**Mapa 5. HOM y REC de especialidades por país, 1987 – 2012**

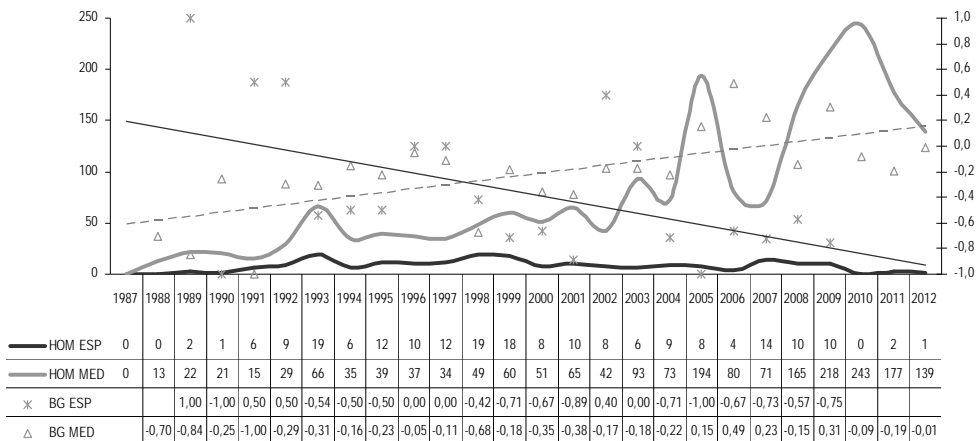


**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI.

En el periodo analizado, los países del Resto del Mundo, es decir, diferentes a España, la UE/EEE y Latinoamérica, han tenido baja representación, tanto en las credenciales de medicina (3%) como en las de especialista (2%). Sin embargo, todavía sigue siendo mayor el número de credenciales autorizadas de medicina que las de especialista para esta región (Gráfica 22). Mientras las de especialista se han mantenido constantes en el tiempo y nunca han superado las 20 por año, las credenciales de medicina sí han presentado dos ciclos diferentes. El primero de ellos va hasta el año 2004 en que se mantuvieron sin mayores fluctuaciones y con máximos de 100 aprobaciones por año. Sin embargo, a partir del 2005, han presentado una alta variabilidad oscilando entre valores mínimos en el 2007 (71) y máximos en el 2010 (243).

En cuanto a la BG los datos presentan una gran dispersión, es decir, muy alejados de las líneas de tendencia. No obstante, presentan la misma situación que el caso de las brechas de España, UE/EEE y Latinoamérica donde la BG es mucho más favorable a las mujeres en las credenciales de medicina que en las de la especialidad. La diferencia radica en que para el caso de los países del Resto del Mundo, esta brecha es mucho más intensa en ambos casos. Mientras que para la medicina la BG era de -0,09, casi llegando a la igualdad, para las especialidades es del -0,49. Vale la pena anotar que la BG para el caso de esta región, recoge el dato de una gran diversidad sociocultural de países. Es decir, este dato incluye las credenciales aprobadas a médicas-os de Estados Unidos con una mejor situación de igualdad entre géneros, comparada con países como por ejemplo Egipto, Algeria o Marruecos.

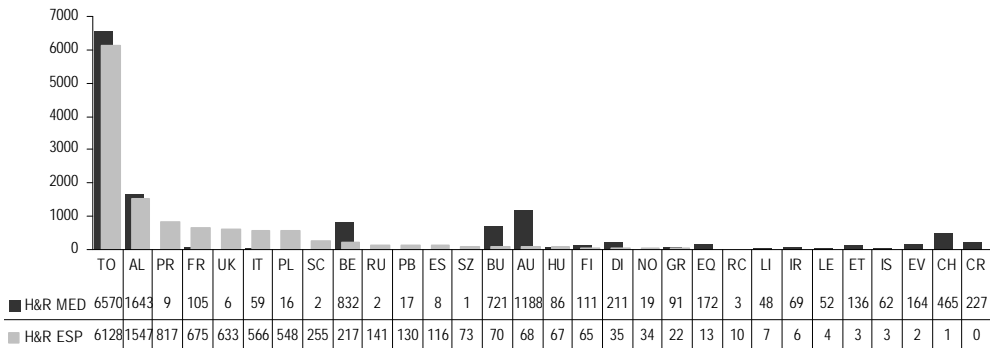
Gráfica 22. HOM y BG de MED y ESP países RM por año, 1987 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

De otra parte, la región conformada por los países de la UE/EEE es tal vez la zona que en términos globales guarda un equilibrio entre las credenciales de medicina y de especialista otorgadas (Gráfica 23), debido a que en la legislación se conceden los mismos derechos que a España. De lejos, Alemania es el país con un mayor número de credenciales tanto médicas (1.643) como de especialistas (1.547). Sigue un grupo de países en los que se encuentran Portugal, Francia, Reino Unido, Italia, Polonia y Suecia. Estos países tienen la característica que presentan muy bajos valores en homologaciones y reconocimientos de medicina, pero mantienen valores altos y constantes en las credenciales de especialista. El resto de países de la UE/EEE, tienen una muy baja participación tanto en medicina como especialidades, exceptuando Bulgaria, Austria y la República Checa con un número mayor a la media en homologaciones y reconocimientos de medicina.

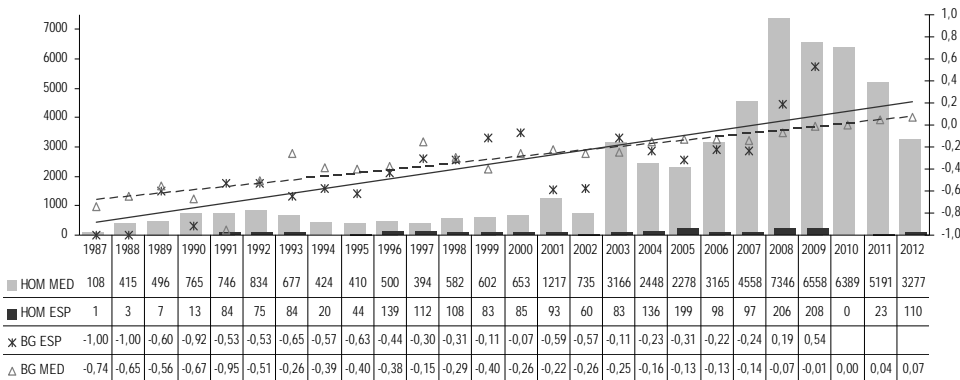
Gráfica 23. HOM y REC medicina y especialistas UE/EEE por país, 1987 – 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Si la UE/EEE refleja cierto equilibrio entre credenciales, Latinoamérica es la región con mayor diferencia entre las mismas. Si de una parte se conceden facilidades para la homologación de títulos de medicina de la región a tal punto que constituyen el 86% (62.535) del total, por otra parte, la dificultad del procedimiento para el reconocimiento de las especialidades hace que éstas sean solo del 26% (2.171). Si son puestos en relación estos dos datos, las credenciales de especialistas son solo el 3,5% de las de medicina, una cifra cuantitativamente casi despreciable (Gráfica 24). Sin embargo, hay que aclarar que en Latinoamérica egresan de las facultades de medicina muchas-os más médicos-os y que los sistemas sanitarios de la región no tienen la capacidad de formación de especialistas (OPS, 2013) que tiene por ejemplo España, que forma en especialización a la totalidad de personas que gradúa en el nivel de medicina (FSM, 2014). En cuanto a la BG, aunque los valores son negativos, en el caso de la medicina (-0,15) está casi en la zona de igualdad y en el de las especialidades (-0,24) es un poco más propicia a los hombres. Asimismo, los datos anuales indican que la BG para las mujeres está aumentando a un ritmo constante en ambos casos.

**Gráfica 24. HOM medicina y especialistas LAM por año y BG, 1987 – 2012**



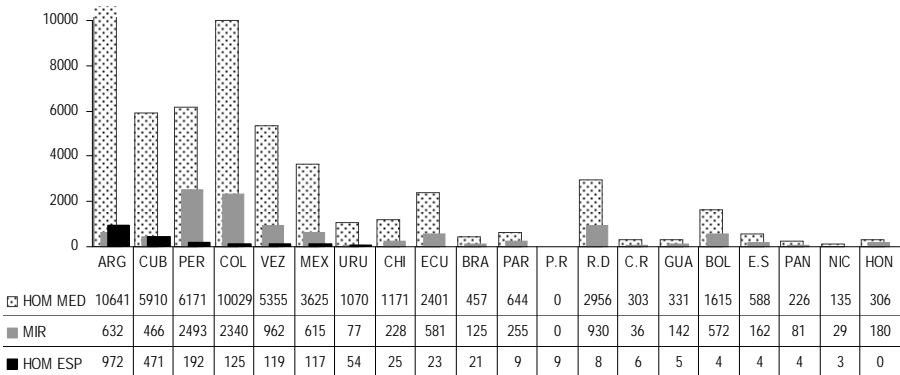
**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Un panorama general de la región de Latinoamérica es el que resulta de comparar las homologaciones de medicina, las plazas MIR adjudicadas y las homologaciones de especialidades por país (Gráfica 25). Si se parte del hecho que el proceso de homologación de la especialidad es el que más dificultades plantea, esta credencial divide a la región en dos zonas. La primera de ella son los países a los que se les ha homologado especialidades en un alto porcentaje comparativamente con la región. En este grupo se encuentra Argentina (46%), Cuba (21%), Perú (9%), México (5,5%), Colombia (5,4%), y Venezuela (4,6%). A la par que son los países con más altas cuotas de especializaciones homologadas también son los que más plazas MIR adjudicadas han ganado por méritos, y de lejos, los que más títulos de medicina homologados tienen. La segunda zona corresponde al



resto de países de la región, en los que sobresalen en cuanto a plazas MIR adjudicadas y homologaciones de medicina Ecuador, República Dominicana y Bolivia. El resto de países tienen valores muy poco significativos estadísticamente con respecto a la serie de datos.

**Gráfica 25. MIR y HOM medicina y especialistas LAM por país, 1987 – 2012**



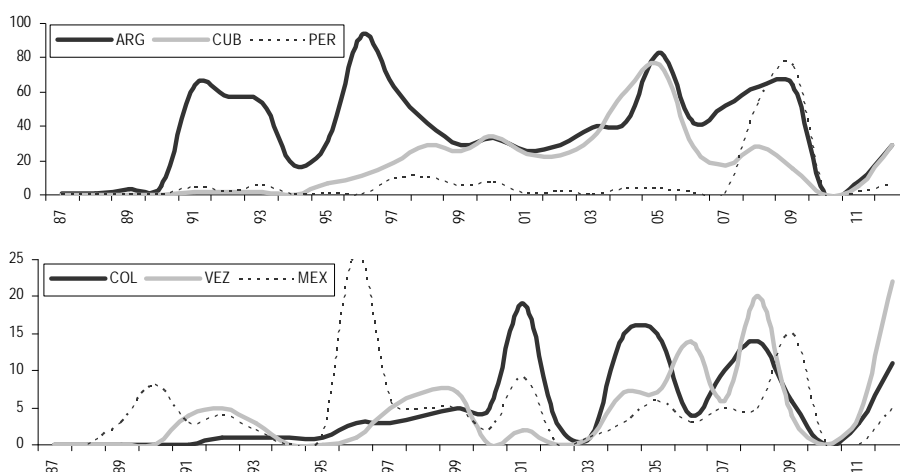
**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Al analizar el comportamiento de los seis países con mayor número de homologación de especialidades a lo largo de estos 25 años, puede encontrarse que es bastante irregular (Gráfica 26). Aunque no es posible con los datos fuente de este estudio extrapolar las causas de estas variaciones, sí es factible conocer cuales son las especialidades homologadas, así como el país, que representan la mayor participación en el total de cada año. Esta información puede ayudar a establecer la demanda de contratación de médicas-os extranjeras-os para suplir el déficit que el SSN de España tiene en ciertas especialidades así como el país del cual son homologadas, lo que explicaría el por qué las instituciones españolas autorizan casi por bloques de 15 o 20 ciertas especialidades en determinados años y países. Es importante recalcar que son homologados títulos de todas las especialidades reconocidas en España, sin embargo, como aparece en la Tabla 12, las especialidades con mayor número de homologaciones están encabezadas por Obstetricia y Ginecología (16%), seguida por Medicina Familiar y Comunitaria (8,9%), Psiquiatría (8,9%), Enfermería Obstétrico-ginecológica Matrona (8,1%), Oftalmología (7,6%), Anestesiología (5,9%), Cardiología (5,4%), Cirugía Ortopédica y Traumatología (4,3%), Pediatría (4,2%) y Dermatología (3,2%).

Asimismo, vale la pena mencionar las especializaciones que se homologan en cantidades considerables en determinados años y países<sup>77</sup>:

- Argentina: Psiquiatría, y Obstetricia y Ginecología (1991), Dermatología y Psiquiatría (1996), y Obstetricia y Ginecología (2005 y 2009).
- Cuba: Medicina Familiar y Comunitaria (2000 y 2005) y Obstetricia y Ginecología (2008).
- Perú: Enfermería Obstétrico-ginecológica Matrona (2009).
- Colombia: Oftalmología (2001), Anestesiología (2005) y Obstetricia y Ginecología (2004 y 2008).
- Venezuela: Obstetricia y Ginecología (2006 y 2008).
- México: Cardiología (1996 y 2009).

**Gráfica 26. HOM especialistas LAM por seis primeros países, 1987 – 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Por último, de los países latinoamericanos con BG positivas o en la zona de igualdad el único con una alta participación en el total de homologaciones de especialistas es Perú, los demás, Nicaragua, Ecuador, Chile, Costa Rica y El Salvador tienen muy baja representatividad (Tabla 17). Sin embargo, Perú tiene una BG tan alta porque el 74% de homologaciones son en la especialidad de Matrona y de éstas solo siete fueron concedidas a hombres, situación compartida con Ecuador (59%) y con Chile (50%) en la misma especialidad y autorizada solo a mujeres, evidenciado nuevamente la segregación por género en cuanto las especialidades. Para los restantes cinco países latinoamericanos con más homologaciones de especialidad concedidas, todos presentan BG negativas

<sup>77</sup> Aunque se cuenta con el dato del total de especialidades homologadas por país y año hasta el 2012, solo se tiene discriminado cada país por especialidad hasta el 2009.

con valores no tan optimistas para las mujeres como Cuba (-0,29), Argentina (-0,36) y Venezuela (-0,37), y como el caso de Colombia (-0,46) y México (-0,58) con brechas mucho más desalentadoras, siendo homologados más títulos a hombres que a mujeres. Sin embargo, al relacionar estos datos con la BG de las plazas MIR adjudicadas y con la de homologación en medicina durante el periodo de análisis, la situación para la región empeora considerablemente para las mujeres. Mientras que la BG para las credenciales en medicina era de casi igualdad (-0,15) y para las plazas MIR de igualdad (-0,03), en el caso de la especialidad la balanza se inclina hacia valores negativos (-0,24). Situación que se refleja también en los seis países de la región con mayor número de credenciales de medicina, plazas MIR y especialidad concedidas, aunque con algunos matices.

Ordenados del escenario más favorable a la mujer al más desfavorable, estos seis países se pueden tipificar en cuatro grupos. En el primero de ellos, tanto las homologaciones de medicina como las plazas MIR adjudicadas tienen BG positivas, sin embargo, la especialidad no lo es, como el caso de Venezuela, (medicina 5.355 y 0,20; MIR 962 y 0,13; especialista 93 y -0,37)<sup>78</sup>. La segunda situación es la que presenta la región en su conjunto, es decir, homologaciones en medicina negativas, plazas MIR positivas y especialidad negativa, tal como Cuba (medicina 5.910 y -0,20; MIR 466 y 0,11; especialidad 437 y -0,29), Argentina (medicina 10.641 y -0,28; MIR 632 y 0,23; especialidad 935 y -0,36), así como Colombia (medicina 10.029 y -0,17; MIR 2.340 y 0,03; especialidad 111 y -0,46). El tercer escenario corresponde a las homologaciones en medicina y a las plazas MIR en valores negativos y la especialidad en positivos, como el Perú (medicina 6.171 -0,20; MIR 2.493 y -0,21; especialistas 184 y 0,75). El peor escenario para las mujeres es cuando todas las credenciales tienen valores negativos, como en el caso de México (medicina 3.625 y -0,36; MIR 615 y -0,31; especialidad 112 y -0,58).

Tabla 17. BG homologaciones especialista LAM por país, 1987 – 2009											
País	HOM ESP 1987 – 2009					MIR 87-12			HOM MED 87-12		
	Total	M	H	BG		Total	BG		Total	BG	
Nicaragua	0,1%	2	100%	0%	1,00	0,3%	29	0,07	0,3%	135	0,20
Perú	9,0%	184	80%	20%	0,75	23%	2.493	-0,21	11%	6.171	-0,20
Ecuador	1,1%	22	73%	27%	0,63	5,3%	581	-0,16	4%	2.401	-0,13
Chile	1,2%	24	58%	42%	0,29	2,1%	228	-0,45	2%	1.171	-0,50
Costa Rica	0,3%	6	50%	50%	0,00	0,3%	36	-0,56	0,6%	303	-0,20
El Salvador	0,1%	2	50%	50%	0,00	1,5%	162	-0,26	1,1%	588	-0,17
Puerto Rico	0,4%	9	44%	56%	-0,20	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>2.038</b>	<b>43%</b>	<b>57%</b>	<b>-0,24</b>	<b>100%</b>	<b>10.906</b>	<b>-0,03</b>	<b>100%</b>	<b>53.934</b>	<b>-0,15</b>
Brasil	1,0%	21	43%	57%	-0,25	1,1%	125	0,31	0,8%	457	-0,01
Cuba	21%	437	41%	59%	-0,29	4,3%	466	0,11	11%	5.910	-0,20
Uruguay	2,5%	51	41%	59%	-0,30	0,7%	77	0,03	2%	1.070	0,07
Guatemala	0,2%	5	40%	60%	-0,33	1,3%	142	-0,49	0,6%	331	-0,31

<sup>78</sup> Para cada país se presenta el nivel de credencial, la cantidad concedida y la correspondiente BG.

Tabla 17. BG homologaciones especialista LAM por país, 1987 – 2009											
País	HOM ESP 1987 – 2009					MIR 87-12			HOM MED 87-12		
	Total		M	H	BG	Total		BG	Total		BG
Argentina	46%	935	39%	61%	-0,36	5,8%	632	0,23	20%	10.641	-0,28
Venezuela	4,6%	93	39%	61%	-0,37	8,8%	962	0,13	10%	5.355	0,20
Rep. Dom.	0,4%	8	38%	63%	-0,40	8,5%	930	0,41	5%	2.956	0,40
Colombia	5,4%	111	35%	65%	-0,46	21%	2.340	0,03	19%	10.029	-0,17
Bolivia	0,1%	3	33%	67%	-0,50	5,2%	572	-0,18	3%	1.615	-0,15
México	5,5%	112	29%	71%	-0,58	5,6%	615	-0,31	7%	3.625	-0,36
Panamá	0,2%	4	25%	75%	-0,67	0,7%	81	0,02	0,4%	226	-0,12
Paraguay	0,4%	9	22%	78%	-0,71	2,3%	255	0,10	1,2%	644	-0,18
Honduras	0,0%	0	0%	0%	-	1,7%	180	0,11	0,6%	306	-0,01

Fuente: Elaboración propia a partir de archivos planos del MSSSI y del MECD.

Del análisis cuantitativo presentado anteriormente, se puede concluir que las/os profesionales de la medicina latinoamericanas/os que deseen iniciar un proceso de movilidad internacional hacia España, se enfrentan a dos situaciones fundamentalmente. La primera de ellas tiene que ver con el hecho de que España ha escogido como estrategia principal de gestión del personal médico la formación interna sobre la contratación de médicas/os extranjeras/os. Esta situación se refleja en la proporción de credenciales académicas concedidas a lo largo de los 25 años de análisis. Por una parte, en el nivel de medicina, los reconocimientos de títulos de la UE/EEE representan solo el 2,8% y las homologaciones de fuera de España y de la UE/EEE el 31,7%, frente al 65,6% de las titulaciones en instituciones universitarias españolas. Para el caso del nivel formativo de especialización, que permite el acceso al mercado médico público y al ejercicio de la medicina especializada en condiciones laborales y de ingresos más favorables, la diferencia es mucho más profunda ya que las titulaciones han sido del orden del 94% (España), los reconocimientos del 4% (UE/EEE) y las homologaciones del 2% (fuera de España y UE/EEE). Esta tendencia coincide con lo expresado por la OCDE (2007), donde a comienzos del siglo XXI España contaba con el 5,4% del total de la fuerza médica laboral de esta región, aunque solo el 7,5% de ésta correspondía a médicas/os extranjeras/os, porcentaje muy bajo en comparación con países como Nueva Zelanda (47%), Australia (42%), Reino Unido (34%) y Estados Unidos (24%).

Otro aspecto a tener en cuenta son los ciclos de cierre y apertura en la concesión de credenciales de reconocimiento y homologación a profesionales extranjeras/os, en relación a la formación interna a lo largo del periodo analizado. En cuanto a las credenciales académicas del nivel de medicina, se identifican tres periodos. Uno de cierre que va de 1987 a 2002 donde las titulaciones eran la vía mayoritaria por la que se proveía de profesionales médicas/os, y las homologaciones representaban solo del 2%

al 23% del total (exceptuando el año de 1989 con un 47%). Otro de apertura, del 2003 al 2009, en el cual las homologaciones oscilaron entre el nivel más bajo en el 2004 y 2005 (36%) hasta el más alto en el 2009 (64%), siendo el periodo en el cual se homologaron más títulos de medicina a profesionales extranjeras-os. Y nuevamente un periodo de cierre, del 2010 al 2012, donde han estado disminuyendo de forma constante. De la misma manera, para las plazas MIR adjudicadas se presentan ciclos de cierre y de apertura a través de los cupos para personas con nacionalidades extracomunitarias (fuera de la UE/EEE) fijados por la legislación española: de cierre en la década de los noventa del siglo XX, con cupos entre el 5% y 6% del total de las plazas ofertadas; de apertura en la primera década del siglo XXI, donde el cupo oscilaba entre el 8,8% y el 10%; y de nuevo cierre, con un 8% para la convocatoria del 2012 y ya de un 4% para la del 2013. Aunque vale la pena recordar que en el periodo de apertura las plazas MIR adjudicadas sobrepasaron ampliamente el *numerus clausus* de las facultades españolas. Situación que contrastará con el déficit de plazas MIR en un corto plazo debido al incremento de facultades de medicina, la disminución de plazas MIR ofertadas y por los ajustes neoliberales en el sistema sanitario español (FSM, 2014). En cuanto a las homologaciones de especialidades, éstas han mantenido niveles muy bajos de forma constante en el periodo de investigación, sin presentar ciclos de cierre y apertura.

En este panorama, el análisis por nivel de formación y por clasificación de regiones -Europa, UE/EEE, Latinoamérica, y Resto del Mundo-, muestra la jerarquización definida por España para la concesión de credenciales académicas exigidas para el ejercicio legal de la medicina. En cuanto al nivel de formación, existe una brecha entre las homologaciones (33%) y reconocimientos (3%) de medicina frente a las mismas credenciales del nivel de especialidad (2% y 4% respectivamente), diferencia que podría deberse a la facilidad del procedimiento para homologar el título de medicina, en contraste con la dificultad del trámite del nivel de especialidad. Con respecto a las regiones, Latinoamérica y UE/EEE son las de mayor participación de credenciales académicas, frente al Resto del Mundo con un 3% en medicina y un 2% de especialista. No obstante, estas dos regiones mayoritarias presentan dinámicas diferentes. La más importante de ellas tiene que ver con los trámites a seguir: mientras para Latinoamérica se establece el procedimiento de homologación, la UE/EEE se rige bajo el reconocimiento de los títulos en el marco de legislación de la Unión Europea. En este sentido, a Latinoamérica se le ha concedido la homologación al 86% de los títulos de medicina, frente al 26% en el nivel de especialistas. Caso contrario al de la UE/EEE, con un 11% del reconocimiento de las credenciales médicas y un 72% para las de especialista. En el mismo sentido, mientras que los países con mayor número de credenciales homologadas de medicina sobre el total son Argentina, Colombia, Perú, Cuba, Venezuela y México, todos de

Latinoamérica, para el caso de las credenciales de especialista son Alemania, Argentina, Portugal, Francia, Reino Unido e Italia, países de la UE/EEE, exceptuando Argentina. Asimismo, se presenta una situación de equilibrio en la UE/EEE en la que, por ejemplo, Alemania el país con un mayor número de credenciales médicas (1.643) también lo es en el nivel de especialistas (1.547). Por el contrario, Latinoamérica es la región con mayor diferencia entre las mismas. Si de una parte se conceden facilidades para la homologación de títulos de medicina a tal punto que constituyen el 86% del total, al mismo tiempo la dificultad del procedimiento para la homologación de la especialidad hace que éstas sean solo del 26%, un poco mayor a las otorgadas solo a Alemania, haciendo que las credenciales de especialistas sean solo el 3,5% de las de medicina, una cifra cuantitativamente muy baja. Vale la pena anotar que el 72% de las homologaciones en el nivel de medicina concedidas a Latinoamérica son de profesionales formados-os en universidades públicas.

Siguiendo con la jerarquización por regiones, para el caso del sistema de formación MIR en los 25 años de análisis, las titulaciones de facultades españolas han contado con plaza adjudicada. Los cupos que por legislación se ofertan para profesionales extranjeras-os y comunitarias-os han sido obtenidos en su mayoría por médicas-os de Latinoamérica (8%), y por muy pocos médicos-os de la UE/EEE (2%) y del Resto del Mundo (1%) que desean acceder al sistema de formación de España. De forma similar a las homologaciones, la UE/EEE y Latinoamérica representan el 10% de las plazas adjudicadas. En cuanto a la UE/EEE, Alemania es el país con el mayor número de homologaciones y/o reconocimientos en medicina, sin embargo, es Italia quien alcanza la mejor relación homologaciones versus plazas adjudicadas (83%). Con respecto a Latinoamérica, es la región con el mayor número de homologaciones pero que menos plazas MIR obtiene. Mientras que esta relación en el Resto del Mundo es de un 49% y en la UE/EEE es de un 36%, Latinoamérica tiene solo un 20% de plazas adjudicadas frente a las credenciales en medicina que ha homologado. Si por una parte Argentina (10.641) y Colombia (10.029) tienen el mayor porcentaje de homologaciones, Perú (2.493) y Colombia (2.340) son los países que más plazas MIR han obtenido. No obstante, analizando la relación entre plazas adjudicadas y homologaciones, el mejor comportamiento es el de Honduras (59%), Guatemala (43%), Perú (40%) y Paraguay (40%).

Por último, el análisis por género, nivel de formación y región refleja, por una parte, el techo de cristal de las credenciales en la profesión médica, y por otra, la segregación por género en las especialidades. En cuanto al primer aspecto, aunque en España las credenciales son favorables para las mujeres, éstas difieren en profundidad dependiendo de la complejidad en el nivel de formación. Es decir, para medicina y plazas MIR adjudicadas la brecha es mucho más positiva hacia las médicas (0,39 y 0,41

respectivamente), que para el nivel de especialidad (0,11). Más aún, si bien en España la medicina sigue la tendencia mundial de la entrada masiva de las mujeres, el órgano de gobierno que agrupa las principales organizaciones conformadas por médicas-os para el 2014 está integrado solo por hombres, evidenciando el techo de cristal en la profesión. Para Latinoamérica, la situación de las médicas que acceden a las credenciales de movilidad de España es mucho más compleja, ya que todas las BG son negativas, aunque siguen el mismo patrón de España, o sea, para las homologaciones en medicina y plazas MIR otorgadas brechas más optimistas (-0,15 y -0,03), que para las homologaciones de la especialización (-0,24). Vale la pena anotar que las cifras para América Latina en este indicador son el promedio de una gran inequidad en la región, resultante de los valores de países con BG positivas y negativas de igual magnitud y de otros pocos países con valores de BG muy cercanos a cero. En cuanto a la institución de formación, las mujeres de universidades privadas han obtenido ligeramente más homologaciones de medicina que las de instituciones públicas. De otra parte, el análisis de la brecha de género por especialidades evidencia los mismos resultados en cuanto a la segregación por hombres y mujeres que el efectuado en el caso de las plazas MIR adjudicadas, es decir, mayoritariamente las médicas acceden a las especialidades que tienen que ver con el cuidado y los médicos a las quirúrgicas. Si bien, el comportamiento es el mismo para todas las regiones, existe una distancia en profundidad entre España y Latinoamérica. No obstante, los datos anuales indican para todos los casos y regiones que la BG para las mujeres está tendiendo a mejorar en el tiempo para todos los niveles de formación y en todas las especialidades, aunque claro está, se mantiene tanto el techo de cristal como la segregación horizontal de la profesión médica.

## **Cartografías de médicas-os latinoamericanas-os**

---

El viaje por los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os en la medicina, inicia con la presentación de las-os consultores que colaboran en esta investigación (capítulo 4). Luego se transitan con ellas-os sus trayectorias educativas (capítulo 5) y laborales (capítulo 6), desde las que emergen en un presente común en España, reflexiones entrecruzadas sobre las experiencias vividas en la profesión médica (capítulo 7).

---





## **4. Consultores que colaboran en la investigación**

En el marco de este trabajo doctoral se reconoce a las-os médicas-os latinoamericanas-os que colaboran en esta investigación como consultores y co-teorizadores, dada la centralidad de sus biografías y reflexiones como fuente de comprensión de las cuestiones aquí indagadas. Desde este rol, se considera necesario conocer a profundidad aspectos relacionados con cada una-o de ellas-os, que permitan el acercamiento a sus familias y a Latinoamérica como espacios sociales que posibilitan sus itinerarios en la medicina, y que a la vez, configuran las posiciones sociales desde las cuales construyen y expresan sus puntos de vista. Información, que junto a las condiciones estructurales planteadas a lo largo de este documento, dotan de sentido a los relatos que se ponen en relación mediante la descripción e interpretación sociológica. En este orden de ideas, este capítulo presenta, por una parte, la diversidad de las experiencias y espacios habitados por las-os médicas-os, así como sus composiciones familiares y capitales heredados como punto de partida de los itinerarios en la medicina.

### **Diversidad de las experiencias y los espacios habitados**

Las treinta y seis personas que colaboran en esta investigación son médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en un presente común ejerciendo la medicina en España, y cuyas biografías permiten la comparación situacional de una diversidad de experiencias y puntos de vista. Para el 2013, año hasta el cual se trazaron las trayectorias en la profesión, sus edades están comprendidas entre los 25 y 63 años, abarcando un periodo histórico desde la década de los cincuenta del siglo XX hasta nuestros días. Algunas-os de ellas-os están solteras-os, otras-os casadas-os o en pareja, y en unos casos tienen hijas-os. Solo dos de ellas-os manifestaron explícitamente su orientación/identidad sexual asumiéndose como *gay* y como lesbiana, sin emerger otra categoría del resto de los relatos. En cuanto a las pertenencias raciales, si bien se indagó a profundidad, no fue posible contactar personas que se identificaran como afrolatinoamericanas-os o indígenas para plantearles la posibilidad de participar en la investigación. De la misma forma ocurrió con las diversidades funcionales y cognitivas.

Las biografías incluyen experiencias que abarcan el haber nacido en familias latinoamericanas y haber cursado la educación secundaria en

Latinoamérica, aunque la carrera universitaria se pudo haber estudiado allí o en España. Asimismo, se encuentran los itinerarios de aquellas-os que nacieron en España de familias españolas, pero hicieron la secundaria y la universidad en Latinoamérica, y otras-os, que aunque nacieron y se formaron en España, sus familias son de América Latina y expresan un marcado sentido de pertenencia hacia esta región. En cuanto a la nacionalidad, definida como el estatus legal que otorgan a voluntad los estados, todas-os tienen la nacionalidad de algún país de Latinoamérica, algunas-os la doble nacionalidad en España, y otras-os tienen permisos temporales en este país, bien sea de trabajo, como familiares comunitarios-os, o como estudiantes. Por último, en el caso de las credenciales de formación académica hay médicas-os generales, estudiantes de especialidad y especialistas, con un abanico de especialidades que incluye Alergología, Anestesia, Familia, Ginecología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Microbiología, Neurofisiología, Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, y una subespecialidad quirúrgica.

En cuanto a los espacios geográficos transitados por los itinerarios, la mirada amplia que permite cartografiar Latinoamérica desde España como lugar estructural que posibilita contar con profesionales de todos los países latinoamericanos, las-os médicas-os que colaboran en esta investigación han nacido, se han formado, y/o han ejercido la medicina en países de Suramérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela), Centroamérica (Guatemala y Nicaragua), Norteamérica (México) y el Caribe (Cuba y República Dominicana). No obstante, no fue posible contactar médicas-os procedentes de los países de Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá en Centroamérica, así como de Puerto Rico en el Caribe. De otra parte, si España es el presente compartido que posibilita el ejercicio de la medicina de médicas-os latinoamericanas-os, el lugar de residencia configura en gran medida la experiencia de la práctica médica en este país europeo. En este sentido, y al estar haciendo el doctorado en este país, se empiezan a reconocer esos matices culturales que de otra forma pasarían inadvertidos. De esta forma, es fundamental para la comprensión del ejercicio de la medicina de las-os médicas-os latinoamericanas-os en España contar con profesionales que residan en las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña y el País Vasco, dadas las implicaciones de la fuerte identidad cultural reflejada en muchos aspectos, especialmente en el idioma de cada una de ellas -castellano, catalán, y euskera-. Una vez cubiertas las capitales y algunas ciudades de provincia de estas tres comunidades, se amplió el espectro geográfico de la investigación a las comunidades autónomas de Valencia, Murcia, Aragón, y Castilla-La Mancha.

Ahora bien, en la estructura del sistema-mundo colonial/moderno la región de Latinoamérica y España ocupan diferentes posiciones en la

jerarquía internacional de países. Al utilizar el Índice de Desarrollo Humano -IDH<sup>79</sup>-, elaborado por el UNDP (2013) de la ONU, se pueden clasificar los países bajo este criterio que mide el avance/retroceso del desarrollo hacia la meta de la modernidad, en tres grupos (Mapa 6). Un primer grupo con un índice muy alto (España, Chile y Argentina); un segundo con un nivel alto (Uruguay, Cuba, México, Venezuela, Perú, Brasil, Ecuador y Colombia); y un tercero, de nivel medio (República Dominicana, Paraguay, Bolivia, Nicaragua y Guatemala). Sin embargo, dada la dificultad en mejorar este indicador, se propone pasar de tres a siete grupos de clasificación y jerarquización social, (Tabla 18), reorganizando el IDH por la cercanía numérica de sus valores. A la luz de estos grupos, por una parte, se profundiza mucho más la brecha entre España y Latinoamérica, y por otra, se visibiliza más claramente la estratificación social de la región, representada en las diferencias entre los seis grupos de la zona blanca de la tabla en mención.

**Mapa 6. Clasificación por IDH Latinoamérica y España, 2012**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de UNDP (2013)

Tabla 18. Propuesta clasificación IDH Latinoamérica y España, 2012
<b>España (0,885)</b>
Chile (0,819), Argentina (0,811), Uruguay (0,792)
Cuba (0,780), México (0,775)
Venezuela (0,748), Perú (0,741), Brasil (0,730)
Ecuador (0,724), Colombia (0,719), Rep. Dominicana (0,702)
Bolivia (0,675), Paraguay (0,669)
Nicaragua (0,599), Guatemala (0,581)
<b>Fuente:</b> Elaboración propia a partir de UNDP (2013)

<sup>79</sup> El IDH mide la longevidad representada en la esperanza de vida al nacer, el nivel educacional resultante de la combinación de la tasa de alfabetización de adultos -dos tercios- y la tasa bruta de matrícula combinada de primaria, secundaria y superior -un tercio-, y el nivel de vida dado por el producto interno bruto real per cápita (PNUD, 2013).

## Composiciones familiares y capitales heredados

Una vez expuesta la diversidad de los puntos de vista de las-os consultores y en aras de conocer la posición social desde la cual se construyen los itinerarios puestos en relación, es presentada para cada médica-o la descripción de la composición familiar y la percepción que tiene sobre la situación socioeconómica de su familia tanto en la adolescencia como en la actualidad. Esta información permite una aproximación a los capitales heredados -económico, cultural, social y simbólico-, como situación social de base de cada médica-o que posibilita en gran medida, las experiencias vividas tanto a nivel personal como en la profesión médica. En términos generales se puede esbozar que de acuerdo a los relatos expresados, las-os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en el ejercicio de la medicina en España en este momento y que hacen parte de este estudio, provienen tanto de familias en las cuales el padre y la madre han cursado una carrera profesional, en las que ninguno lo ha hecho, o solo uno de las-os progenitores ha ido a la universidad. Sin embargo, para las-os hijas-os de estas familias ya no se presenta esta situación porque todas-os han terminado sus estudios profesionales en instituciones universitarias, salvo en la familia de Mauricio una de sus dos hermanas no asistió a la universidad porque emigró del país, y en la de Pedro la mayor abandonó la carrera por cuidar a sus hijas-os.

En relación a la clase social de las familias y en términos de las narrativas, Raquel, Víctor y Ximena perciben sus familias en la infancia y adolescencia de *"condición humilde"*, Alejandro, David, Mauricio, Patricia, Pedro y Sara como *"clase media baja"*, Javier, Lucía y Manuela de *"clase media alta"*, y solamente Leticia y Liliana se ubican en una *"clase privilegiada"*. El resto de médicas-os se autoidentifican como *"clase media-media"*. Vale la pena resaltar el caso de las-os cubanas-os, quienes no hablan en términos de clase sino se describen a sí mismos como *"la vida normal de cualquier cubano"*. En cuanto a la trayectoria institucional educativa y debido al buen rendimiento académico como atributo de distinción que caracteriza a este grupo de profesionales, las instituciones de secundaria y universidades donde han cursado sus estudios son de prestigio tanto académico como social, encontrándose combinaciones entre lo público, privado, religioso, laico, y bilingüe. Con respecto a la movilidad internacional en la etapa de educación secundaria Daniel, Miguel, Andrés, Marta, Natalia, Verónica y Manuela han tenido la oportunidad de estudiar otro idioma en un país extranjero; Gladys y Patricia se han formado como médicas en un país diferente al de los estudios de secundaria; y Leticia, Sergio, Pedro, Javier, Mauricio, Raquel, Gerardo, Andrés, Verónica y Alberto han realizado rotaciones del internado o parte de la especialidad fuera del país de formación.

Sin pretender que las anteriores generalidades determinen una caracterización equívoca que homogenice a las-os profesionales participantes, en la Tabla 19 se sistematiza para cada médica-o un conjunto de variables socioeconómicas que permiten conocer sus especificidades. Bajo este orden de ideas, la tabla está construida con extractos de los relatos de las-os médicas-os para evitar así una interpretación errónea en el momento de asignar atributos tales como composición familiar, situación socioeconómica, etc. En este sentido, cada columna contiene los siguientes datos:

- “General”: incluye información en cuanto al pseudónimo (por orden alfabético para facilitar la consulta), la edad, el estado civil - (soltera-o, casada-o, en/sin pareja), hijas-os en caso que se tengan, el último título en formación médica expedido (médica-o general, médica-o residente, médica-o especialista y médica-o subespecialista), así como las experiencias de movilidad internacional mayores o iguales a un año de duración, tanto en la formación (carrera y especialización) como en el ejercicio de la medicina.
- “Composición familiar”: presenta los extractos con la descripción de la composición de la familia en cuanto a progenitores y hermanas-os, las edades respectivas, así como el nivel de estudio y la ocupación de cada uno de ellas-os.
- “Situación económica familia adolescencia”: de forma retrospectiva las-os médicas-os rememoran los recuerdos a cerca de la situación económica de la familia durante la infancia, adolescencia y en la universidad.
- “Situación económica familia actual”: se indaga por la situación económica actual de las-os integrantes de la familia.
- “Instituciones”: por último, esta columna incluye información sobre la institución donde se realizó la secundaria, la universidad donde se estudió medicina, los años y sitio de especialización o maestría, y el lugar de trabajo actual. En esta columna SEC es la abreviatura para educación secundaria, MED de formación en medicina, ESP de especialización, LAM para Latinoamérica, ES equivale a España, y MIR-ES junto a los códigos R1, R2, R3 y R4 corresponde al año de residencia de la especialización que se está cursando en España. Sin estos códigos indica que ya se culminó la especialización. En el caso de la institución secundaria y de carrera, solo se especifica el país cuando se han realizado fuera del de origen.

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Alberto, 35</b> casado, dos hijos, médico especialista, 10 en ES (nacionalidad)	Viví en mi país hasta los 25 años... tengo dos hermanos, yo soy el tercero, el menor. Mi padre es médico también, mi hermana es arquitecta y mi hermano es contador.	Cuando estaba trabajando en el bar mi mamá decía: "Ay, mi hijo, de los mejores lugares de la ciudad y va a trabajar en un bar en España". Y mi papá también estaba muy frustrado. Pero empezaron a valorar el hecho de que hiciera algo por mí mismo y que defendiera la decisión que estaba tomando.	Mi familia no tiene problema económicos, están muy bien... en ese sentido no me preocupo por ellos, ni ellos por mí.	-SEC: privado -MED: universidad pública -ESP: MIR-ES en hospital público -Trabajo actual ES: hospital público de gestión privada
<b>Alejandro, 30</b> casado, dos hijas, médico residente, 3 en ES (estancia de estudios)	Somos una familia pequeña... mi mamá se ha dedicado a nosotros todo el tiempo y tiene una pequeña tienda. Mi papá se ha dedicado a trabajos múltiples porque él no ha tenido la oportunidad de estudiar, ha sido desde obrero hasta conductor. Mi mamá tiene 56 y mi papá 61. Mi hermano mayor tiene 37 años y es contador público, pero ha vivido en España y ahora en Estados Unidos aunque no trabaja en su carrera. Mi hermana es ingeniera y trabaja en una empresa muy reconocida de mi país.	En mi vida nunca me ha faltado nada en cuanto a afectos o en el vestir y comer. Sí veía mucha precariedad en cuanto a... ¿cómo te digo?, en cuanto a salir, disfrutar de fiestas o de regalos... era siempre lo justo y lo necesario. De hecho no había nada que sobre... pero tampoco faltaba nada.	En general yo estoy tranquilo porque mis padres están bien, tienen todo lo que necesitan, mis hermanos igual... y yo veo que son felices. Yo soy el que voy retrasado, pero eso también es por estudiar medicina porque te lleva mucho tiempo estudiar mientras ellos ya están trabajando.	-SEC: público -MED: universidad pública -Trabajo actual ES: MIR-ES R1 en hospital público
<b>Ana, 38</b> casada, un hijo y una hija, médica especialista, 14 en ES (nacionalidad)	Yo tengo mis padres, una hermana y mi abuela. Mis padres son economistas, ambos... pero no lo ejercen. Y mi hermana tiene 31 años y actualmente trabaja como camarera.	Vivíamos en la misma casa y llevábamos una vida normal, sencilla como la que lleva cualquier latino, de cualquier país... que, vamos, me puede entender perfectamente.	Mis padres están aquí conmigo... los traje yo. Y mi hermana es independiente con su vida y sus gastos.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: MIR-ES en hospital público -Trabajo actual: ES hospital público
<b>Andrés, 43</b> pareja, sin hijas-os, médico subespecialista, 11 en ES (nacionalidad)	Soy hijo único, mi madre tiene 73 años y mi padre murió hace cinco años. Mis padres son ambos ingenieros agrónomos. Mi padre trabajó en su carrera y estuvo un poco ausente por sus viajes. Y mi madre trabajó algún tiempo en su carrera y luego fue periodista y estudió filosofía. Ahora está centrada en sus exposiciones de pintura.	Mi familia no era rica como sí lo eran las otras familias de la gente con la que estudié en el colegio y la universidad. Pero sí se esforzaban mucho por darme una muy buena educación. Y gracias a sus trabajos pudimos viajar por muchos países del mundo. Claro, que en la crisis de los noventa fue una época muy dura, pero yo no recuerdo pasar ningún apuro económico.	Mis papás me han pagado la universidad privada. Y para la especialidad, que era la más costosa del país, pagaban una parte ellos y otra con un crédito. Hoy en día mi mamá es autosuficiente y va a venir a vivir conmigo, así que no vamos a tener problemas económicos.	-SEC: privado bilingüe -MED: universidad privada católica -ESP: 4 años en LAM, título homologado ES -Trabajo actual ES: clínica privada

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Antonio, 28</b> pareja, sin hijas-os, médico residente, 3 en ES (estancia de estudios)	Somos una familia numerosa. Aparte de mi hermano gemelo tengo cuatro hermanas mayores y mis padres. De mis hermanas tres ya están casadas, cada una ya tiene dos hijos. Una que todavía no está casada. Mi padre tiene 64 años y mi madre como 63 y ambos son profesores de colegio. Mi hermana mayor estudió medicina pero no terminó porque se casó y luego terminó enfermería. La segunda hizo administración de empresas, la que le sigue odontología y la otra es abogada. Y mi hermano que es médico también.	Fuimos privilegiados porque éramos los menores, gemelos y los únicos varones, así que fuimos muy consentidos. Siempre percibí la situación de mi familia como bastante estable, mis papás siempre trabajaron y trataron de que nada nos faltase... trabajaban muy duro.	Mis padres me hubieran podido pagar la residencia en Argentina o México, pero hubiera sido con un sacrificio muy grande. Ahora, mi familia está dedicada a sus carreras y a sus hijos. Mi madre ya está jubilada y mi padre se jubila este año y están dedicados a los nietos. Mi familia está muy bien, estable, todos tienen un trabajo fijo que no está mal y que les da para vivir tranquilos.	-SEC: público -MED: universidad pública -Trabajo actual ES: MIR-ES R2 en hospital público
<b>Beatriz, 45</b> casada, una hija, médica especialista, 6 en ES (nacionalidad)	Mi padre era español, ya falleció hace cuatro años. Era veterinario y un tipo muy intelectual. Mi madre es maestra. Tengo un hermano mayor que va a cumplir 47 y es médico también, cirujano plástico. Éramos los cuatro... bueno, ahora solo tres.	Yo siempre me consideré de clase media, con padres trabajadores, teníamos un capital... claro de eso me doy cuenta ahora, no en aquel momento. Trabajaron mucho construyendo el hotel en el pueblo, además de sus trabajos como veterinario y maestra. Pero para pagarnos la carrera a mi hermano y a mí además trabajaron como cuidadores nocturnos muchos años. Entonces siempre tuve una idea de sacrificio, aunque nunca nos faltó nada.	Mi madre está jubilada y mi hermano tiene mucho trabajo allí.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 6 años en LAM, sin terminar. MIR-ES en hospital público -Trabajo actual ES: hospital privado sin ánimo de lucro
<b>Bernardo, 46</b> pareja, dos hijas, médico especialista, 8 en ES (permiso de residencia)	Somos tres hermanos, mi hermano tiene 45 y mi hermana tiene 36. Mis padres son profesores de geografía en el instituto, él tiene 71 y mi madre 70. Ya están jubilados los dos. Y nada una familia normal, trabajadores hasta que se jubilaron. Mi hermano es ingeniero y vive en Estados Unidos trabajando en seguridad de bancos. Y mi hermana hizo farmacia, esa si se quedó, se casó y está trabajando.	Normal, en algunos momentos con un ligero privilegio en el sentido en el que mis abuelos paternos vivían en el extranjero y mis padres recibían algún tipo de ayuda, pues eso permitía tener un poquitín más de privilegios. Pero de resto era una vida normal.	Mis padres tienen su pensión, además mi hermana tiene trabajo y vive con ellos. Y mi hermano está muy bien en Estados Unidos.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 4 años en LAM, título sin homologar -Trabajo actual ES: clínica privada
<b>Daniel, 28</b> casado, sin hijas-os, médico residente, 3 en ES (estancia de estudios)	Mi papá tiene 63 años y mi mamá 54. Tengo un hermano mayor de 30 y una hermana pequeña de 17. Mi papá es guía de turismo y administrador, pero lo tuvo que dejar de hacer porque no había trabajo y se dedicó más a la parte administrativa de la compañía de mi abuelo. Y mi mamá administra una chocolatería. Mi hermano estudió ingeniería mecánica. Y mi hermana se gradúa del colegio este año y quiere estudiar comunicación social.	Yo sí me daba cuenta que los fines de semana íbamos a la playa y salíamos a comer fuera y que cada vez esto fue a menos. También pudimos viajar a los Estados Unidos pero después mi hermana ya no pudo ir. Y yo me iba dando cuenta que la situación económica en casa no era la misma, aunque sí nos dieron coche en la universidad. Nunca nos faltó nada, pero nunca fue lo mismo que al principio.	Nunca va a ser como antes, pero no están mal.	-SEC: privado católico -MED: universidad pública -Trabajo actual ES: MIR-ES R3 en hospital privado



**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>David, 33</b> casado, dos hijos, médico general, 6 en ES (nacionalidad)	Mi padre tiene 55 años y mi madrastra 48 y los dos son profesores de secundaria, mi padre de matemáticas y mi madre de física. Mi hermano tiene 25 y se graduó de ingeniero de alimentos, pero ahora está trabajando como profesor en un colegio que tiene mi padre con otras personas. Tiene un hijo de dos años, pero no se ha casado. Y mi hermana pequeña que tiene 19 y está estudiando medicina, está en primer año.	Mi padre y mi madre tenían trabajo y un sueldo estable y con eso teníamos donde vivir, para comer y para el estudio. Éramos de clase media, teníamos una casa y siempre tuvimos estabilidad económica y emocional. Teníamos para vivir al día y no teníamos unos lujos excesivos porque no se podía.	Están con su trabajo y el colegio, pero mi hermana hasta ahora está en primero de carrera y a mi hermano también le tienen que ayudar un poco.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 2 años en LAM, sin terminar -Trabajo actual ES: hospital público y médico de noche residencia geriátrica
<b>Gerardo, 53</b> casado, dos hijas, médico especialista, 8 en ES (nacionalidad)	Tengo mi madre todavía, mi padre murió. Dos hermanos, una hermana y un hermano. Y todos siguen allá. Mi padre trabajaba en la banca y mi madre era ama de casa, aunque hubo una época que tuvo un pequeño comercio de flores, pero se acabó. Mi hermana es odontóloga y tiene 51. Y mi hermano tiene 55 años, está jubilado de la marina y fue ingeniero de la marina.	Éramos de una clase media media. Mi familia nunca fue de ostentar absolutamente nada y se conseguía llevar la vida muy bien.	Ellos están muy bien. Mi madre viene dos o tres veces al año, mi hermano viene dos veces y mi hermana está cada dos meses aquí.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 4 años en LAM, título homologado ES -Trabajo actual ES: hospital público y clínica privada
<b>Germán, 38</b> pareja, sin hijas-os, médico especialista, 1 en Haití y 1 en Rep. Dom (trabajo), 10 en ES (nacionalidad)	Mi madre es profesora de educación física y deporte. Y mi padre era corrector ortográfico de prensa, él tiene cuatro hijos más pero yo no tengo contacto con ellos. Y yo soy el hijo único de mi madre.	La época que me tocó no era tan mala porque el salario de mi madre en mi infancia y adolescencia alcanzaba perfectamente para las dos. Y mi madre tendía a darme todo lo que ella podía, pero me exigía muchísimo.	Ella está allá, pero va a estar al lado mío muy pronto.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: MIR-ES en hospital público -Trabajo actual ES: hospital público de gestión privada
<b>Gladys, 27</b> sin pareja, sin hijas-os, médica residente, 8 en ES (nacionalidad)	Mi padre tiene 66 años, es contador. Mi madre es dibujante técnico y va cumplir 60. Tengo un hermano que tiene 25 años y está terminando ingeniería electrónica y ya le queda solo el proyecto. Mi padre ha trabajado todo el tiempo, pero mi madre estuvo siempre con nosotros en casa hasta que yo tenía 13 y empezó a trabajar.	Era muy consciente de lo que había y sabía que no era muy buena, con muchas deudas, muchos problemas. Aunque era muy querida, muy mimada, no me podían comprar cosas... todas las niñas lo tienen y tú no, pero bueno, no pasa nada... forja el carácter.	Están en una época más tranquila, no tan brillante porque nunca lo ha sido, pero están bien, están más estables. Mi padre no tiene un trabajo fijo, pero lleva la contabilidad de distintos negocios. Mi madre tiene su trabajo fijo. Y mi hermano con su carrera tiene muchas opciones de trabajo.	-SEC: privado, público y concertado -MED: 1 año en universidad pública LAM, universidad pública en España -Trabajo actual ES: MIR-ES R1 en hospital público

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Heberto, 40</b> casado, una hija, médico especialista, 2 en Camboya y 1 en África (voluntario), 5 en ES (f. comunitario)	Mi familia nuclear se compone de cuatro personas. Mi padre es militar jubilado, tiene 70 años y era general del ejército. Mi madre es hija de inmigrantes gallegos y tiene 66. Tengo un hermano cuatro años menor que yo, de 36 años, y es médico también y está haciendo el MIR aquí en España.	Venimos de una clase media, mi abuelo era albañil, mi padre hizo carrera en el ejército y ya nosotros fuimos a la universidad. Y cuando decidí estudiar medicina, mi familia tenía la capacidad económica para permitir que yo no trabajara mientras los años de la carrera.	Mis padres ya hicieron su vida y ahora viven de la pensión de mi padre. Y mi hermano y yo estamos haciendo la especialización aquí... por ahora no tenemos problemas.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 4 años en LAM, título sin homologar -Trabajo actual ES: MIR-ES R3 en hospital público
<b>Javier, 45</b> casado, dos hijos, médico especialista, 29 en LAM, retornado 10 en ES	Toda mi familia es española, yo nací aquí pero me crié en [país Latinoamérica], mis padres emigraron y me llevaron con cinco años y viví allí hasta hace 10 años que volví a España. Tengo mis dos padres vivos, mi madre tiene 67 y mi padre 70. Mi madre siempre fue ama de casa y mi padre es administrador. Mi hermana tiene 37 y es contadora pública. Y un hermano que es abogado, que es dos años menor que yo.	Los profesionales y las clases medias altas vivíamos en una jaula de oro. Y cuando empecé a estudiar medicina, que tenía que ir a hospitales en zonas marginales, es cuando me di cuenta de la realidad y de mi posición social. Nunca fuimos una familia adinerada, pero yo la definiría como de clase media-alta. Íbamos a colegios privados, vivíamos en las afueras, viajábamos al extranjero de vacaciones. No éramos ricos, pero nunca nos faltó nada.	Tanto mis padres, como mis hermanos estamos aquí.	-SEC: privado -MED: universidad pública -ESP: 4 años en LAM, título homologado ES -Trabajo actual ES: hospital público
<b>Juan, 38</b> pareja, sin hijas-os, médico especialista, 7 en ES (permiso de residencia)	Somos cuatro hermanos y mis padres. Mis padres y dos hermanos viven allí y un hermano en Lisboa. Ambos están jubilados ya, mi madre fue profesora y mi padre ingeniero agrónomo. Dos de mis hermanos son médicos especialistas.	Nunca nos ha faltado nada, nada. Mi padre sí trabajaba como un burro, pero no nos ha faltado nada.	Mis padres siguen con su pensión y mis hermanos están trabajando en sus especialidades... allá sí que tienen mucho trabajo.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: MIR-ES en hospital público -Trabajo actual ES: clínica privada
<b>Leticia, 27</b> casada, sin hijas-os, médica general, 1 en ES (estancia de estudios)	Tengo un hermano y tiene 23. Mi mamá tiene 56 y mi papá 66. Esa es mi familia. Mi papá es pensionado, fue ingeniero electrónico y trabajó mucho tiempo en una empresa de telecomunicaciones. Y mi mamá era odontóloga y ejerció mucho tiempo, pero ahora está haciendo cosas con <i>coaching</i> y eso. Mi hermano está estudiando diseño gráfico en París.	Yo me di cuenta de mi estatus socioeconómico cuando entré a la universidad. Venimos de un estrato afortunado, de más de media alta.	Mis papás están muy bien económicamente. Actualmente me ayudan a costear todos los gastos de mi estancia en Madrid.	-SEC: privado bilingüe -MED: universidad privada -Ocupación actual ES: curso MIR-ES

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Liliana, 29</b> pareja, sin hijas-os, médica general, 4 en ES (estancia de estudios)	Mis papás están casados todavía. Mi papá tiene 61 años y es ingeniero civil, trabaja para el gobierno. Mi mamá tiene 64 y es química farmacéutica que ahora tiene su propia farmacia. Somos cuatro mujeres. La mayor me lleva ocho años e hizo administración de empresas. La que sigue me lleva seis años y es odontopediatra. Y la más cercana me lleva un año y también es administradora de empresas.	Mis papás siempre han sido muy trabajadores y de cierta manera mi mamá ha sido muy protectora, entonces nosotros nos criamos como en una especie de burbuja. Yo sabía que teníamos condiciones bastantes cómodas en relación a todo el mundo.	Mis papás me siguen apoyando económicamente, porque saben que en la medicina la vida de estudiante es bastante larga.	-SEC: privado católico bilingüe -MED: universidad privada -Trabajo actual ES: centro geriátrico de día y curso MIR
<b>Lucía, 30</b> casada, una hija, médica especialista, 5 en ES (familiar comunitaria)	Mi madre tiene 67 años y es técnico en comercio exterior. Trabajó muchos años en una compañía, luego importaba ropa y la distribuía. Mi padre es administrador y contador y trabajó mucho tiempo en el área de banca y finanzas y tiene 68 años. Pero ya los dos están jubilados y han trabajado toda su vida. Tengo una hermana que es licenciada en educación preescolar, tiene 41, está casada y tiene tres hijos. Y un hermano que tiene 42, está soltero y trabaja en una compañía italiana y ahora vive en China.	Bien, bien, la verdad es que siempre hemos estado más o menos bien. Bueno, a veces un poco mejor, a veces un poco peor, pero en general bastante bien.	Mis padres siguen allí y viven de sus pensiones, pero vienen dos o tres veces al año. Mi hermana no trabaja pero su esposo tiene un muy buen trabajo. Y mi hermano trabaja en una petrolera y le va bastante bien.	-SEC: privado católico bilingüe -MED: universidad pública -ESP: MIR-ES en hospital público -Trabajo actual ES: hospital público de gestión privada
<b>Manuel, 30</b> pareja, sin hijas-os, médico residente, 4 en ES (estancia de estudios)	Mi padre es médico veterinario y por trabajo nos mudamos a un pueblo muy pequeño. Tiene 55 años y mi madre 48. Mi madre es una mujer muy trabajadora e hizo un secretariado contable, pero no fue a la universidad porque empezó a tener a sus hijos a una edad temprana. Tengo dos hermanos menores, de 29 y 24. Uno es abogado y está trabajando con la gobernación. Y el menor, bueno, es un caso complejo porque ha estado en varias carreras... unas tres.	Como nos mudamos yo pasé de ser un niño pobre de la capital, porque mi padre era estudiante y mi madre ama de casa, a ser uno de los más ricos del pueblo al que llegamos, porque la gente allí no tenía nada. Mi padre era el veterinario del pueblo y siempre nos dijeron: "Les dejamos el estudio, porque plata no hay".	Por ahora normal, como siempre. Mi hermano ya está trabajando y el menor aún está en la universidad pero como es pública no hay gastos de matrícula.	-SEC: público -MED: universidad pública -Trabajo actual ES: MIR-ES R3 en hospital público
<b>Manuela, 31</b> pareja, sin hijas-os, médica residente, 4 en ES (nacionalidad país europeo)	Mi papá es ingeniero electrónico, tiene 54 años y es hijo de una señora [país europeo]. Mi madre tiene 53 años y puso un negocio en la casa y fue creciendo. Somos cinco hermanos. Una tiene 29 años, estudió comunicaciones, está casada y tiene un negocio con el esposo. El que sigue es economista y tiene 27 y lleva el negocio familiar. La otra tiene 25 años y trabaja para una compañía de alimentos y estudió administración. Y el menor tiene 11 años y está en el colegio.	Mi mamá viene de un pueblito donde no tenía ni zapatos, o sea, es gente muy humilde, pero mi padre es de una clase social alta. Entonces tenía las dos caras de la moneda. Nosotros tuvimos un altibajo. El negocio de mi papá quebró y el gobierno de [país europeo] nos becó el colegio y el comedor a los cuatro. Nos remontó el negocio de mi mamá y luego nuevamente la situación se estabilizó.	Todos están allá, pero vienen a visitarme un par de veces cada año... hasta viene mi abuela, y generalmente se quedan un mes. Estamos unos días aquí y otros en la casa de mi tío en la playa.	-SEC: privado bilingüe -MED: universidad privada -Trabajo actual ES: MIR-ES R2 en hospital público

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Marta, 36</b> casada, una hija y un hijo, médica especialista, 10 en ES (nacionalidad)	Tengo un solo hermano que es cuatro años menor que yo y acaba de tener una bebé. Mi papá y mi mamá siguen casados y los dos tienen 60 años. Mi mamá es periodista y tuvo una carrera, yo diría, bastante brillante. Luego se independizó y creo una empresa. Mi papá es un tipo de números, trabajó en una empresa que tenía que viajar muchísimo. Y luego se vino a trabajar con mi mamá.	Era muy buena hasta esa crisis que hubo en Latinoamérica y mi papá se quedó sin trabajo con 45 años. Y fue una situación muy difícil. Decidió independizarse y los primeros negocios que hizo fueron un fracaso. Entonces yo veía cómo pasamos de una situación buena a empezar a no salir a comer, a vender cosas. Luego las cosas fueron mejor, cuando mi papá fue a trabajar en la empresa con mi mamá.	Mis papás siguen con la empresa y ahora mi hermano está trabajando con ellos. Y cuando yo ganaba muy bien, en épocas que a veces estaban ilíquidos, yo les he ayudado. Y ahora ellos están mucho mejor, y yo con los recortes, los niños y la hipoteca, entonces ahora son ellos los que me dicen: "No te preocupes, te ayudamos".	-SEC: privado bilingüe -MED: universidad privada católica -ESP: MIR-ES en hospital público -Trabajo actual ES: hospital público de gestión privada
<b>Mauricio, 30</b> casado, un hijo, médico residente, 1 en Francia estudiante, 2 en ES (familiar comunitario)	Somos tres hermanos, yo soy el mayor. Yo fui el único que estudié. Mi mamá tiene 57, terminó el bachillerato y se dedicó a trabajar en casa. Mi papá tendría la misma edad, falleció en el 2006. Él empezó la universidad en una pública y a mitad optó por volver a iniciar en una privada, pero trabajando y estudiando dejó en cuarto año la carrera de administración de empresas y se puso a trabajar con su familia. Y cuando yo tenía 14 años le ofrecieron terminar la carrera y pudo titularse.	Era súper consciente... nunca fue buena, siempre nos faltó para llegar a fin de mes. Nunca fui de comprarme ropa de marca o de salir a emborracharme. Así que la economía para mi hermana que me sigue y para mí fue un poco difícil. Tal vez para mi hermanita, que nos llevamos casi 10 años de diferencia, fue un poco mejor. Recuerdo que tuvimos una temporada que vivíamos de las tortas que hacía mi mamá, ella cocinaba y mi papá repartía.	Están todos trabajando, mi madre es jubilada pero trabaja también porque no le alcanza la jubilación. Y la economía de mi país es muy inestable y te vas a acostumbrando, pero me preocupa mucho por ellos. Mi hermana está pensando con su esposo en volverse para acá.	-SEC: privado católico popular -MED: universidad pública -Trabajo actual ES: MIR-ES R1 en hospital público
<b>Miguel, 30</b> casado, dos hijas, médico residente, 2 en ES (estancia de estudios)	Mis padres son médicos, mi padre hace medicina interna y mi madre es pediatra. Eran compañeros de la facultad y tienen 57 años. Mi abuelo era otorrino y mi abuela era también pediatra, aunque ella ejerció durante un tiempo pero con los hijos lo fue dejando y se dedicó a la familia. Tengo dos hermanas, yo soy el mayor. La que me sigue está haciendo sociología y la más pequeña terminó el colegio y se dedicó dos años a la danza y al teatro. Y ahora está empezando sociología también... pero a media máquina.	Mis padres trabajan todo el día y vivimos hasta los 14 años en casa de los abuelos que eran los que ponían límites. En mi colegio había chicos de todas las clases y yo pude comparar y me daba cuenta que en mi casa estábamos bastante bien, o sea, que éramos clase media y no nos faltaba nada... pero tampoco teníamos muchísimos lujos pero había regalos si sacábamos buenas notas.	Mi familia está bien, mis padres trabajando y mis hermanas estudiando.	-SEC: privado católico popular -MED: universidad privada -Trabajo actual ES: MIR-ES R2 en hospital público
<b>Mónica, 62</b> casada, 1 hija, 1 hijo, especialista, 2 en África (trabajo), 3 en ES (f. comunitaria)	Yo perdí a mi madre cuando era pequeña y mi padre falleció hace pocos años. Me crié con mi papá, que volvió a casarse. Tengo una hermana maravillosa, tiene 45 años y estudió magisterio, pero no le gustó y está de secretaria. Mis hijos están en Estados Unidos, uno tiene 37 años y la otra de 27. Mi hija es profesora de música bilingüe. Y mi hijo estudió un técnico de gastronomía, pero trabaja con automóviles.	Tuve una niñez que por ser pobre no me faltó nada, pude estudiar. Mi papá trabajaba mucho, me pude coger una carrera, porque él decía que como era mujer tenía que tener una profesión para poderme mantener.	En este momento le ayudo a mi hijo y a mi hermana... siempre les envío dinero.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 4 años en LAM, título sin homologar -Trabajo actual ES: centro deportivo ayuntamiento

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Natalia, 29</b> casada, en embarazo, estudiante máster, 3 en ES (estancia de estudios)	Mi padre es ingeniero, mi mamá es odontóloga. Él tiene 58 y mi madre 55. Ahora son pastores y dejaron sus carreras hace 10 años. Tengo un hermano de 31 años, que es abogado que hizo su doctorado en París y ahora está trabajando en Bogotá, en una institución pública.	Mi papá era empresario y entonces casi no teníamos ningún problema económico. Éramos familia clase media pero no se hablaba mucho de deudas. Ya en la universidad sí se hablaba de dinero porque los dos fuimos a universidad privada y tal vez fue la etapa más austera de nuestra vida.	Mis papás son autosuficientes, están bien y a veces ellos me siguen ayudando económicamente.	-SEC: privado bilingüe -MED: universidad privada -Trabajo actual ES: hospitalización domiciliaria y máster
<b>Olga, 33</b> pareja de hecho, sin hijas-os, médica residente, 3 en ES (f. comunitaria)	Somos cuatro hermanos, mi mamá y mi papá. Mi mamá tiene 62 años, es enfermera y mi papá tiene un años menos y es ingeniero mecánico, pero siempre ha trabajado en una petrolera en el área administrativa. Mi mamá dejó de trabajar cuando yo tenía dos años. Yo soy la tercera mujer. La mayor tiene 37, es ingeniero informática, tiene cuatro hijos. Luego mi hermana tiene 35, y es ingeniera también. Y el otro más chico, con 22, es licenciado en administración de empresas.	Era limitada, es decir, había limitación de dinero. En la casa no había dinero, no teníamos teléfono fijo, nunca lo tuvimos... y todo el mundo lo tenía. Pero comida siempre había. Ahora creo que mis papás tuvieron muchos gastos superfluos, por ejemplo, viajábamos mucho, todos los fines de semana. Eran prioridades muy diferentes, en la casa estábamos limitados pero mis amigos no viajaron lo que yo viajé.	Mi papá y mi mamá siempre han vivido al día y por ahora están bien. Mis hermanas me parece que no. Una que tiene cuatro hijos pero que le va la muy bien. Y la otra, la veo más relajada en lo económico, ella estuvo muchos años con pensión de mi papá y no quería trabajar pero vivía al día y ahora la veo preocupada por otras cosas, menos por el dinero.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: máster oficial universidad pública ES -Trabajo actual ES: MIR-ES R1 en hospital público
<b>Patricia, 30</b> pareja, sin hijas-os, médica residente, 6 en Cuba (medicina), 4 en ES (estancia de estudios)	Mis padres tienen 52 años, los dos son profesores de nivel primario, también trabajan en clases de gramática, dando español a extranjeros. Mi padre no completó sus estudios universitarios, pero terminó el nivel de literatura. Y mi madre es trabajadora social. Tengo una hermana de 29 y mi hermano de 25. Ella es médico también y está haciendo la especialidad de Traumatología allí. Y mi hermano está estudiando ingeniería, pero actualmente es el alcalde juvenil de la ciudad.	Fue una etapa de transición porque mis padres se separaron y mi idea original siempre desde niña era ser médico y justo cuando ya estaba por terminar el preuniversitario mi madre me dice: "Mira, te vas pensando otra carrera porque medicina no va a ser". Eso fue un poco frustrante, pero bueno, dije, pues habrá que ver otra cosa. La situación económica se tornó difícil.	Pues mi familia está muy bien, porque mi madre actualmente ya está jubilada entonces disfrutando de su jubilación. Mis hermanos son independientes, profesionales... económicamente están bien.	-SEC: públicos, último año privado -MED: universidad pública Cuba -Trabajo actual ES: MIR-ES R4 en hospital público y autónoma en clínica privada
<b>Pedro, 57</b> casado, seis hijas-os, médico especialista, 1 en Japón (beca estudio) 19 en ES (nacionalidad)	Ya no tengo a mi madre, que fue la que guió la familia. Mi padre es muy trabajador y era mecánico de barcos. Mi madre se dedicó al hogar. Somos cuatro hermanos. Tengo una hermana mayor de 60 años, que no estudió y es ama de casa. Me sigue otra hermana que es enfermera. El menor está en Europa y es muy trabajador. Ya todos somos mayores de edad, claro.	Mi madre era la que controlaba la economía. Mi padre traía el dinero a casa y ella lo distribuía para que nos alcance y pudiéramos vivir mejor.	Toda mi familia está en Europa. Mi padre, mi esposa y todos mis hijos, y mis hermanas y sus familias estamos en España. Y mi hermano el menor, que está en [país europeo].	-SEC: público -MED: universidad privada -ESP: 3 años en LAM, título sin homologar, máster salud pública y en Urgencias en ES -Trabajo actual ES: unidad móvil pública y guardias hosp. público

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Raquel, 25</b> pareja, sin hijas-os, médica residente, 1 en LAM (un año carrera), hija de inmigrantes (nacionalidad)	La inmigración de mi familia no es tan reciente. Mi tía ya estaba aquí como exiliada política y a raíz de mi tía se vino mi madre con otra tía y mi abuela. Y al poquito tiempo vino mi padre y ya llevan aquí 38 años. Mi padre tiene 59 y mi madre tiene 57. Aquí no pudieron estudiar y se dedicaron a trabajar muy duro en muchas cosas. Actualmente mi padre es autónomo y mi madre es auxiliar de geriatría. Solo tengo un hermano mayor, tiene 30 años y hace 7 años se fue para [país LAM] a vivir allí porque sentía que no era este su lugar. Allí estudió su carrera, educación física en la universidad, cosa que aquí nunca quiso hacer. Y llegó a vivir a una casa que mis padres compraron allí.	Mis padres siempre nos han criado con un amor a [país LAM] incondicional, nos han inculcado su cultura y hemos viajado allí desde los 10 años. Como llegaron aquí y tuvieron que trabajar tanto, yo siempre he percibido nuestra situación como muy humilde. A nosotros nunca nos ha faltado nada, obviamente, pero tampoco hemos sido... sobre todo por la mentalidad de mis padres, no hemos sido niños caprichosos, de tener mil juguetes, no, hemos sido más bien, dentro de todo lo que hemos necesitado, limitados.	Ahora la situación ha sido como siempre, muy humilde y mis padres han tenido siempre dificultad de llegar a fin de mes y siguen teniéndolo. Y bueno, afortunadamente ahora yo trabajo y puedo colaborar mucho en casa, te puedo decir que con el 70, 80% de mi sueldo.	-SEC: colegio privado e instituto público -MED: universidad pública en España -Trabajo actual ES: MIR-ES R1 en hospital público
<b>Sara, 40</b> sin pareja, sin hijas-os, médica especialista, 4 en ES (permiso de residencia)	Mis papás tienen 67 y 68 años. Tengo dos hermanos. El que me sigue tiene 35 y es ingeniero electricista. Y el menor tiene 26 años y es ingeniero industrial. Mis papás siempre trabajaron y llegaron a la capital siendo muy jóvenes. Mi papá trabajó en la empresa familiar del abuelo y mi mamá era la tesorera en una cooperativa de trabajadores durante 35 años y se pensionó de allá.	De niños mis papás trabajaron mucho y nunca nos faltó nada. Mi hermano y yo fuimos a universidad pública y el único que pudo estudiar en universidad privada fue el menor, porque yo ya era especialista y mi hermano ingeniero, así que entre todos pudimos pagar la matrícula.	Es normal, mi papás viven de su pensión y mis hermanos tienen trabajos en sus carreras... pero en general estamos bien todos.	-SEC: privado católico -MED: universidad pública -ESP: 3 años en LAM, título sin homologar -Trabajo actual ES: hospital público
<b>Sergio, 36</b> sin hijas-os, general, 2 en ARG (trabajo y residencia), 2 en ES (estancia de estudios)	Mi papá es ingeniero civil, mi mamá es secretaria pero se ha dedicado básicamente al hogar. Tengo una hermana dos años menor que yo, vive en Estados Unidos, está casada, tiene una bebé de 10 meses y es microbióloga industrial.	Mi papá siempre trabajó en empresa propia, pero con la crisis y todo eso, empezó a tener épocas difíciles. Por el trabajo de mi papá estaba más cerca a la ingeniería, pero las cosas ya no estaban funcionando bien en el campo laboral de mi papá.	Mi papá ya no tiene empresa propia y ahora trabaja con el Estado en proyectos que vayan saliendo. Muy complicado... pero trabaja así.	-SEC: privado -MED: univ. privada -ESP: 2,5 años LAM sin terminar, 1 año en ARG sin terminar -Trabajo actual ES: urgencias domiciliarias y clínica estética
<b>Sofía, 30</b> casada, una hija, médica residente, 2 en ES (est. de estudios)	Mi papá es ingeniero civil y trabaja en el [organismo multilateral]. Y mi madre es licenciada en contabilidad y trabajó mucho tiempo en [multinacional] y cuando se fueron del país le hicieron una prejubilación y ahora está jubilada. Aunque ambos son muy jóvenes tienen 58 años. Somos tres mujeres. Mi hermana mayor tiene 33 años, es psicóloga y licenciada en ciencias de la educación. Y mi hermana menor que tiene 25 y tiene síndrome de Down.	Nunca fue mala, mala, pero yo digo que mis padres nunca administraron bien el dinero. En el sentido de que ambos tenían un sueldo para vivir cómodamente y siempre incurrían en gastos que a lo mejor no podían cumplir. Entonces siempre estaban ahí: "Ay, que la tarjeta de crédito". Entonces, como que siempre se hablaba mucho del dinero, nunca nos sentimos que sobraba pero siempre vivimos bien, no nos faltó nunca nada.	Mi papá sigue trabajando y mi mamá tiene su pensión. Por ahora no tenemos ningún problema económico.	-SEC: privado católico -MED: universidad pública -Trabajo actual ES: MIR-ES R2 en hospital público

**Tabla 19. Consultores que colaboran en la investigación**

General	Composición Familiar	Situación económica familia adolescencia	Situación económica familia actual	Instituciones
<b>Verónica, 29</b> pareja, sin hijas-os, médica residente, 3 en ES (estancia de estudios)	Mi padre tiene 58 y mi madre 54. Mi madre es socióloga y mi padre es administrador. Somos tres. Mi hermana mayor que me lleva diez meses y medio, nada más, ella es ingeniero y vive ahora en México, con su esposo y su bebé. Y luego mi hermano que tiene 22 años, él está en Estados Unidos estudiando la universidad, como juega béisbol está becado. Mis padres están divorciados y es el único que queda en el país porque tiene su compañía allá. Y mi madre está en México con mi hermana y el bebé.	Nosotros vivimos como varios subibajas de la situación económica. Cuando yo era pequeña vivimos dos años en Estados Unidos porque mi papá estaba estudiando y teníamos una situación muy buena. Luego mi papá tuvo problemas y tuvo que cerrar la compañía y se vinieron unos años muy difíciles a finales de mi época de colegio, donde pasé de tenerlo todo a no tener prácticamente nada. Bueno por supuesto lo básico nunca faltó.	Ahora tiene otra vez su compañía y volvimos otra vez como a tener una buena estabilidad económica. Mi hermana siempre ha sido muy independiente porque empezó a trabajar desde muy joven. Y yo sí he sido un poco más dependiente, pero mi padre es súper generoso.	-SEC: privado católico -MED: universidad pública -Trabajo actual ES: MIR-ES R3 en hospital público
<b>Víctor, 42</b> pareja, sin hijas-os, médico especialista, 10 en ES (nacionalidad)	Mi madre tiene 66 años y mi padre tiene ya 74. Mi hermana menor, es bacterióloga y trabaja en un banco de sangre privado, tiene una niña y ahora se está separando. Mi padre trabajaba en el Ministerio de [...] y mi madre siempre estaba en casa pero hacía repostería, ropa para bebé, vendía almuerzos, alquilaba habitaciones... era muy emprendedora.	Somos una familia de origen humilde, pero en la que nunca faltó nada. No sé cómo lo hacían pero siempre hubo dinero para lo que necesitáramos. Mi papá siempre tuvo su empleo, pero mi mamá era la reina del rebusque.	Yo casi estoy a cargo de mi familia. Les compré una casa nueva. A mi hermana le ayudé con el carro y ahora estoy pendiente de un buen colegio para mi sobrina. A ratos pienso si me he equivocado, porque al cambiar de casa y estatus los alejé un poco de las relaciones de toda su vida y también han aumentado los gastos mensuales.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 3 años en LAM, título sin homologar. MIR-ES hosp. público -Trabajo actual: clínica privada
<b>Victoria, 34</b> pareja, sin hijas-os, médica especialista, 6 en ES (permiso de residente)	Mi padre y mi madre siempre han estado juntos y tienen 68 y 64 años. Mi madre es maestra, estudió periodismo y educación pero nunca ejerció el periodismo. Cuando nació la mayor puso un colegio y se ha movido más en la parte directiva. Mi papá estudió administración de empresas y tiene una inmobiliaria hace un montón de años. La mayor es periodista que tiene 38 años. La segunda va a cumplir 37, ella es administradora de empresas. El varón tiene 36, es abogado.	Era buena, quizás no ricos, pero por ejemplo tuve una niñez más abundante que quizás una adolescencia, ¿sabes?, de pequeña viajábamos, no nos faltaba nada. Quizás luego hubo ciertas carencias por los negocios que no iban muy bien, pero realmente de manera global no ha sido mala, o sea, no fue mala nunca.	Gracias a Dios están muy bien. Ellos siempre me han apoyado. Si cuando le conté a mi papá donde vivo me dijo: "No, hija, yo te mando la diferencia del piso para que te mudes si ese lugar no te gusta".	-SEC: privado -MED: universidad pública -ESP: 2 años en LAM, sin terminar. DEA Inmunología en ES. MIR-ES hosp. público -Trabajo: guardias y suplencias hos. público y consulta domiciliaria
<b>Ximena, 47</b> pareja, sin hijas-os, médica especialista, 12 en ES (nacionalidad)	Soy hija de un padre español inmigrante... él ya falleció. Era albañil, maestro de obra y él trabajaba fuera y mi madre tenía que hacerse cargo de cuatro hijos. La mayor es abogado. Sigo yo que soy médico. La tercera es ingeniero industrial, actualmente da clases en la universidad. El cuarto es el único varón, ingeniero mecánico especialista en hidroneumáticos y es gerente internacional de la [multinacional].	Éramos una familia muy humilde, pero como mi padre era español siempre pensaron que éramos millonarios. Cuando pudimos venir a España de vacaciones fuimos al pueblo de mi padre, que lo odiaba, tres meses en un campo. Y todo el mundo decía: "Mira, los millonarios vienen de España". Y nosotros: "Sí, claro".	Actualmente estamos muy bien porque mis hermanos ocupan muy buenos puestos.	-SEC: público -MED: universidad pública -ESP: 3 años en LAM, título sin homologar, dos máster en ES -Trabajo actual: hospital público

## 5. Formación médica como lugar común de partida

Los itinerarios en la profesión médica tienen un punto común de partida: la formación universitaria. Sin embargo, este lugar compartido puesto en relación a través de las experiencias y reflexiones de las-os médicas-os, está matizado por singularidades como el país de realización de la carrera, bien sea en Latinoamérica o España, y la época tanto de ingreso a la universidad como de finalización de la formación en medicina (Tabla 20). En este sentido, para el periodo de formación son analizados los factores que motivaron la elección de la medicina como profesión, así como las posteriores decisiones que hicieron realidad este proyecto universitario. Una vez obtenido el cupo en la facultad de medicina, se da especial énfasis a las experiencias tanto en la vida universitaria como en las prácticas hospitalarias, para finalmente, explorar el servicio social obligatorio como primer ejercicio profesional en la medicina.

**Tabla 20. Médicas-os que colaboran en la investigación por quinquenio de inicio y terminación de la carrera**

<i>Quinquenio de inicio en la carrera</i>							
Mónica, 62 Pedro, 57	Bernardo, 46 Gerardo, 53	Andrés, 43 Beatriz, 45 Javier, 45 Víctor, 42 Ximena, 47	Ana, 38 Germán, 38 Heberto, 40 Marta, 36 Sara, 40	Alberto, 35 David, 33 Juan, 38 Manuela, 31 Olga, 33 Sergio, 36 Victoria, 34	Alejandro, 30 Antonio, 28 Daniel, 28 Liliana, 29 Lucía, 30 Manuel, 30 Mauricio, 30 Miguel, 30 Natalia, 29 Patricia, 30 Sofía, 30 Verónica, 29	Gladys, 27 Leticia, 27 Raquel, 25	
1970-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2013
Mónica, 62	Pedro, 57	Bernardo, 46 Gerardo, 53	Andrés, 43 Beatriz, 45 Javier, 45	Ana, 38 Germán, 38 Sara, 40 Víctor, 42 Ximena, 47	Alberto, 35 David, 33 Heberto, 40 Juan, 38 Marta, 36 Olga, 33 Sergio, 36 Victoria, 34	Alejandro, 30 Daniel, 28 Liliana, 29 Lucía, 30 Manuel, 30 Manuela, 31 Miguel, 30 Natalia, 29 Patricia, 30 Sofía, 30 Verónica, 29	Antonio, 28 Gladys, 27 Leticia, 27 Mauricio, 30 Raquel, 25
<i>Quinquenio de finalización de la carrera</i>							
<b>Fuente:</b> Elaboración propia							



## La medicina como elección profesional

La elección de la medicina como carrera profesional de las-os médicas-os que colaboran en la investigación, está inscrita en la centralidad de las familias en que sus hijas-os cursen una carrera profesional. En el marco de este proyecto familiar universitario, se describen la tipología de estudiantes según el rendimiento académico y la respectiva conciliación de las actividades escolares con las domésticas. Asimismo, se explican las diferentes motivaciones para elegir la medicina como carrera universitaria, así como los imaginarios sobre la formación y ejercicio profesional en cuanto a exigencia académica, costos de la formación y prestigio. Imaginarios que moldean las reacciones familiares a la decisión tomada de estudiar esta carrera en particular.

### Proyecto familiar universitario

Existe una intención familiar frente al proyecto universitario, dada por igual tanto para hijas como para hijos, construida sobre la acumulación de los capitales familiares, (Tabla 19), que persiste a lo largo del tiempo analizado, y que es transversal a la clase social, al género, al país de formación, y al hecho de si la madre y/o el padre han finalizado estudios universitarios o no. Sin embargo, esta relevancia del proyecto universitario puede darse de dos formas diferentes. La primera de ellas, está centrada en el deseo de las familias de la superación de sus hijas-os a través del estudio de una carrera universitaria; y la segunda, como tradición, es decir, lo que deben hacer las-os hijas-os después de la formación secundaria porque así se ha hecho en la familia. En el primero de los casos, el del deseo de superación, este proyecto común está justificado por las ventajas que brinda la movilidad social ascendente obtenida mediante una carrera profesional: *“siempre mi madre me inculcaba que tengo que estudiar para tener una profesión y de esa manera salir adelante”* (David, 33), *“mi familia esperaba que yo estudiara e hiciera una carrera y querían que aprovechara todas mis oportunidades”* (Heberto, 40), *“ellos me han dicho que tengo que estudiar para ser alguien, para poder desarrollarme y tener mejores posibilidades. Obviamente siempre bajo el: ‘Primero estudias y luego vas a hacer lo que quieras’”* (Raquel, 25). Asimismo, está presente como meta la superación por parte de las-os hijas-os del nivel educativo de aquellas-os progenitores que no tienen estudios universitarios:

Éramos esa familia típica humilde, sencilla, que venía de gente que no había estudiado, pero muy emprendedora. Y lo único que a nosotros nos exigían era salir bien en la carrera, porque estudiar era nuestro trabajo. Yo no sé si mi padre como había salido de España huyendo de la guerra y que él no había podido estudiar, pues yo creo que por eso nos inculcaba tanto eso: *“Yo no soy nadie, no porque no quise, es que no pude tenerlo”*. Y yo creo

que por eso él nos tenía muy dominados en cuanto a las carreras, tanto que en la universidad todavía nos pedía las notas (Ximena, 47).

Esta idea de superación en términos de movilidad social ascendente es un elemento importante en estas familias, expresado en el estudio como único legado que se deja a sus hijas-os: *“en la familia mexicana siempre te dicen: ‘Si no estudias, no eres nadie. Porque la única herencia que te dejamos es el estudio y mientras lo hagas tienes casa y comida’... entonces ni se te ocurre que a los 16, 17 años quieras trabajar”* (Mex-M, 90), *“mi padre toda la vida nos ha dicho que hay que estudiar, lo que él nos iba a dejar era la educación, que había que estudiar”* (Uru-H, 80). En este sentido, proveer de educación universitaria a las-os hijas-os, a la par de ser la herencia, es el motivo principal de los esfuerzos de los padres: *“para ellos era lo que tenían que hacer sus hijos e iban a hacer todo para que fuéramos a la universidad”* (Col-H, 00), con la exigencia, en contrapartida, de los buenos resultados académicos: *“mis tíos son muy humildes y trabajaron en el campo, pero sus hijos tenían la obligación de llevar buenas calificaciones a la casa”* (Mex-M, 90), *“mi padre me decía: ‘Si no quieres estudiar, trabaja’ y yo no quería trabajar... entonces estudié mucho”* (Bol-H, 00).

En el segundo de los casos, están las familias en las que el estudio de una carrera se da como una tradición, más que como motivo de superación en sí mismo. En este contexto, los relatos hablan de la universidad como una etapa que sigue inmediatamente al terminar la educación secundaria: *“no era una imposición sino que era algo natural. Yo sabía que siempre una carrera iba a hacer, nunca se me ocurrió trabajar en una tienda”* (Beatriz, 45), *“mis papás nunca me hubieran dejado en la vida no haber estudiado una carrera... simplemente era lo que tenía que hacer”* (Marta, 36). Asimismo, al ser los estudios universitarios el nivel educativo de la familia, y al contar con los capitales de base suficientes, las familias están en capacidad de proporcionar a sus hijas-os el mismo tipo de educación: *“una cosa que influye mucho es que tu padre sea profesional o tu madre haya querido o sea profesional”* (Manuel, 30), *“era algo que se esperaba de nosotros, crecimos en ese ambiente de tíos, primos que van a la universidad. Entonces era ya como una inercia, que termines el colegio y hagas alguna carrera profesional. Por eso lo de mi hermana y el ballet ha sido un poco revolucionario”* (Miguel, 30). De la misma forma que se experimenta como algo natural, hace ya parte del imaginario de las-os hijas-os, no dejando lugar a dudas sobre el proyecto universitario en sus vidas: *“yo nunca tuve un concepto diferente de camino de vida a que yo iba a estudiar y que del colegio seguía la universidad, o sea, nunca me planteé algo diferente”* (Manuel, 30), *“nunca me planteé el hecho de no seguir una carrera... es que nunca se me pasó por la mente el hecho de no hacer ninguna carrera”* (Antonio, 28). Igualmente, la tradición familiar de los estudios universitarios va acompañada de otros aprendizajes como complemento a la formación académica: *“nunca tuve ninguna presión, en mi*

*casa me dijeron: 'Puedes hacer lo que quieras'. Por eso estuve en deportes y estudié música. Aunque no sé cómo hubieran reaccionado si fuera músico en lugar de médico [risas]" (Andrés, 43).*

En estas familias orientadas al proyecto universitario de las-os hijas-os, bien sea por superación o tradición, el buen rendimiento académico en el colegio, las redes construidas en éste y la institución educativa en sí misma, son aspectos que garantizan en mayor medida, el acceso a estudios superiores en universidades de prestigio. Haciendo énfasis en el rendimiento académico, de los relatos emergen tres categorías de estudiantes: aquellas-os con honores, las-os que obtienen muy buenos resultados con poco esfuerzo, y las-os que se consideran normales o en la media. Vale la pena recordar que las instituciones educativas de secundaria abarcan tanto lo público, privado, religioso, laico y bilingüe, así como sus posibles combinaciones. Asimismo, estudiar en un colegio privado en Latinoamérica no es solo de las clases altas y privilegiadas: *"en nuestros países todo aquel que tenga un trabajo medianamente estable manda a su hijo a un colegio privado. Y eso no es de gente rica, eso es de clase media... incluso clase media baja"* (Sofía, 30).

En el primer grupo de estudiantes se encuentran las-os que se mantienen con calificaciones de honor durante la educación primaria y secundaria: *"siempre estaba en el grupito de los primeros"* (Victoria, 34), *"siempre en todos los cursos estuve con matrícula de honor"* (Víctor, 42), *"de los primeros puestos"* (Natalia, 29), *"¡qué horror, yo era de las mejores, de las nerds de la clase"* (Sara, 40), *"lo siento mucho... me da vergüenza... pero era de matrícula siempre"* (Sofía, 30), *"siempre izaba bandera y todas esas cosas"* (Sergio, 36), *"con diplomas de honor en cada curso"* (Antonio, 28), *"fui el segundo expediente de mi primaria, entré por examen al instituto más importante de mi país que competía con gente de todo el país. Y de ahí salté para el mejor bachiller... y yo soy hijo de obrero"* (Germán, 38). No obstante, en este grupo de estudiantes con honores se encuentran también aquellas-os que obtienen estos méritos sin mayor esfuerzo académico: *"me iba muy bien, pero era muy charlatana. Mi mamá dice que los deberes siempre los hacía a último momento"* (Beatriz, 45), *"bien, muy buena... era de las mejores. Aunque era muy vaga, no era de las que me matase estudiando"* (Gladys, 27), *"soy consciente de que no era la persona que más estudiaba, pero mis resultados eran muy, muy buenos, o sea, siempre fui entre el primero y el segundo del salón. La verdad, estudiar se me daba con bastante facilidad"* (Manuel, 30).

El éxito académico expresado en los honores obtenidos, se basa también en un sentido de responsabilidad propio: *"no han tenido que insistirme porque yo siempre he tenido esa motivación de estudiar... aunque trabajé muy duro"* (Raquel, 25), *"naturalmente siempre fuimos muy*

*estudiosos, jamás se nos tuvo que decir que hiciéramos las cosas, fuimos responsables y estudiosos siempre*" (Beatriz, 45). Esta autonomía frente a las tareas del colegio se vive incluso en la ausencia de padres y madres, bien sea porque están en otra ciudad: *"como vivía solo me controlaba yo mismo los deberes y siempre fui de los primeros puestos"* (Pedro, 57), o porque trabajan fuera de casa: *"mi mamá nunca me decía que tenía que hacer las tareas y siempre que llegaba yo ya tenía todo hecho"* (Sara, 40). Las-os estudiantes excelentes no solo cuentan con el apoyo de las familias, sino que establecen fuertes relaciones con las instituciones en las que realizan sus estudios. De un parte, están aquellas instituciones especiales que potencian el rendimiento académico: *"estudié en un colegio de la capital donde llegábamos los primeros alumnos de todos los colegios del país"* (Pedro, 57), *"entré a la modalidad bilingüe después de pasar por muchas pruebas"* (Liliana, 29), *"tenían un programa de reunir a los mejores estudiantes en un solo curso con clases avanzadas... ¡y yo logré estar ahí!"* (David, 33). Por otra parte, se encuentran aquellos colegios en los que la máxima exigencia en el rendimiento académico es un atributo de prestigio de la institución: *"era un colegio técnico y exigían mucho más"* (Ximena, 47), *"entre los públicos era uno de los mejores y de los más exigentes"* (Gerardo, 53), *"tenía profesor particular, tenía clases, estudiaba todas las tardes y me gustaba sacar buenas notas. Pero mi colegio era tan exigente que por más brillante que seas no llegas nunca a la nota máxima"*. En este grupo, la evocación de la etapa del colegio y de la institución misma, se percibe en términos de satisfacción y agrado: *"yo amé mi colegio"* (Leticia, 27), *"es una de las épocas a la que no me importaría volver"* (Antonio, 28).

Al segundo grupo de estudiantes pertenecen aquellas-os que obtienen buenos resultados académicos con poco esfuerzo: *"era pésimo estudiante, pero tuve muy buenas notas"* (Andrés, 43), *"lo suficiente para poder estudiar medicina"* (Ana, 38), *"nunca fui una estudiante súper dedicada y que estuviera siempre pegada a los libros"* (Patricia, 30), *"era muy descuidado y la verdad nunca me ha gustado mucho estudiar, ni dedicarme mucho al estudio"* (Alejandro, 30), *"no me dedicaba tanto al colegio, estaba más metido en la parte de la música"* (Miguel, 30). Sin embargo, aunque es manifiesta la falta de dedicación al estudio también se hace énfasis en el aprendizaje y desarrollo de métodos de estudio que permiten obtener buenos resultados: *"me gustaba ser más práctica, poner atención en las clases y tener puntos claves para poder estudiar"* (Patricia), *"ponía mucha atención en clase y tenía poco que estudiar en casa y aún así mis notas eran buenas"* (Alejandro), *"tampoco era muy difícil... sacaba las mejores notas en física y matemáticas"* (Miguel). El último de los grupos de estudiantes está conformado por las-os que se consideran normales o en la media: *"era un poco vago pero no me iba mal y no recuerdo que sacara malas notas"* (Bernardo, 46), *"no fui nunca una estudiante brillante, pero mediocre tampoco, yo creo que una cosa del promedio"* (Marta, 36), *"era una alumna normal, no era brillante pero entre*

*lo normal bastante bien*" (Mónica, 62), *"me mantenía en la media, nunca me costó estudiar y no tuve ningún problema"* (Mauricio, 30). Asimismo, en algunas situaciones el rendimiento académico puede mostrar variaciones a través del tiempo, como cuando se es excelente en una época y en otras simplemente las calificaciones están en niveles normales: *"durante la primaria era el mejor de la clase. Los dos primeros años de bachillerato era de los mejores sin ser el mejor. Y los últimos años era bueno pero no era de los excelentes... era un buen estudiante simplemente"* (Javier, 45), o cuando el rendimiento escolar está afectado por acontecimientos en la vida familiar:

Era buena hasta que reprobé cuando se separaron mis papás. Y fue un trauma. Como estaba en una escuela pública, la más antigua de la ciudad, una de las mejores, de mil alumnos en la que solo te mantienes con las calificaciones, entonces tuve que terminar en un colegio privado muy baratito y muy pequeñito... fue muy duro. Pero, bueno, al mismo tiempo repito el semestre, se separaron mis padres y nos mudamos con mi mamá. Y ahí renací como el ave Fénix [risas] y me volvió a ir muy bien (Olga, 33).

Ahora bien, el éxito académico va acompañado de la liberación de las tareas domésticas en la casa. De esta forma se asegura que todo el tiempo de las-os hijas-os, o la mayoría de éste, sea invertido en el estudio y en actividades de ocio: *"mi única responsabilidad era el estudio"* (Liliana, 29), *"nosotros solo teníamos que estudiar"* (Daniel, 28), *"totalmente dedicada a estudiar, no tenía que trabajar ni ayudar en la casa"* (Natalia, 29), *"no, no teníamos que hacer nada. Nosotros solo teníamos que estudiar y hacer mucho deporte"* (Manuela, 31), *"realmente me dedicaba a estudiar"* (Mónica, 62), *"todo mi tiempo era para el estudio"* (David, 33). Sin embargo, frente a la conciliación del proyecto universitario de las-os hijas-os y la realización de las tareas domésticas las familias desarrollan tres estrategias, centradas todas ellas en la responsabilidad de la mujer frente a las actividades del hogar. La primera es la contratación de una empleada: *"mi mamá y mi papá trabajaban y todos estudiábamos, y en mi casa siempre iba una señora que ayuda con la casa"* (Daniel), *"siempre estaba la señora que limpiaba"* (Liliana), *"siempre tuvimos empleada"* (Marta, 36). Incluso, algunas veces se aprovecha su presencia en la casa para transmitir conocimientos domésticos: *"la señora nos enseñaba cómo hacer las cosas, pero no teníamos ninguna tarea fija o responsabilidad"* (Victoria, 34). La segunda estrategia corresponde a las tareas del hogar llevadas a cabo por la madre: *"mi mamá es la típica madre dedicada a sus tres hijos, todo el día en casa, que nos tenía la comida preparada cuando llegábamos del colegio. Ayudábamos en casa poco, muy poco... de pronto un día los platos, recoger los cuartos, pero no teníamos tareas asignadas"* (Javier, 45), *"en la parte doméstica ayudaba a mi madrastra de vez en cuando"* (Mónica, 62), *"siempre discutía con mi mamá porque obligaba a mis hermanas a limpiar su cuarto y el mío lo limpiaba ella"* (Mauricio, 30). En este caso, cuando la madre ingresa al mercado laboral se contrata a otra mujer para la realización de las actividades domésticas: *"ya*

*cuando ella empezó a trabajar, contrató a una señora para que ayudara en la casa” (Manuel, 30). La última estrategia es la ayuda de las-os hijas-os a las madres en actividades puntuales: “los días que estábamos estudiando nunca nos pidieron nada, pero los días de fin de semana sí teníamos que ayudar” (Manuel, 30), “como teníamos el dinero justo, llevábamos la comida que preparaba mi mamá a mi papá y eso lo hacíamos desde niños” (Alejandro, 30), “mi madre se encargaba de hacer la limpieza de la casa y cada uno organizaba su habitación” (Mauricio, 30), “tenía ciertas ventajas por estudiar medicina y mis hermanas tenían que ayudar más en la casa que yo” (Olga, 33).*

### **Motivos de elección de la carrera**

En este contexto de capitales de base que posibilita el llevar a cabo el proyecto familiar universitario, sumado al éxito académico en todas las asignaturas, se opta por la medicina por múltiples motivos. Uno de ellos, se configura en las propias familias en relación a las-os parientes y sus deseos y profesiones. Por una parte, está la elección por oposición a la actividad del padre: *“mi padre era militar y me parecía que la medicina era muy diferente a ser militar. Mientras que el militar era todo muy a presión, el médico realmente me parecía una persona que ayudaba, y que lo que hacía era muy valorable” (Heberto, 40). De otra parte, está la decisión basada en la experiencia de las-os integrantes de la familia en una carrera del sector sanitario, como el caso de las madres y abuelas enfermeras: “quizás una de las cosas que más me incentivó es que mi abuela es enfermera. Entonces cuando yo estaba pequeñita ella me llevaba a hacer curaciones o inyecciones... y desde ahí nunca dije otra carrera, siempre medicina” (Victoria, 34), “desde que tengo memoria quiero estudiar medicina... no sé, tal vez porque mi mamá es enfermera. Ella tiene unas recetas que le prescribí a mi primo cuando aprendí a escribir” (Olga, 33). No obstante, la medicina posee un atributo jerárquico sobre la enfermería en el momento de la elección: “estudié medicina porque mi padre quería que fuera enfermera [risas], él me quería ver con el gorrito blanco. Y no tuve problema, pero le dije: ‘Enfermera no, voy a estudiar medicina’” (Mónica, 62), así como también sobre otras profesiones sanitarias: “también estaba odontología pero a mí no me gustaba mucho lo de mi madre... y ella siempre quiso ser médica” (Natalia, 29).*

Si de una parte están las familias con mujeres en carreras sanitarias diferentes a la medicina, de otra parte están las familias de tradición de médicos. En primera medida, están los abuelos médicos: *“empecé a mirar carreras y la que más me gustó fue medicina, me sentí identificado y además mi padre es veterinario y mi abuelo fue médico, gineco-obstetra” (Manuel, 30), “mi abuelo era médico, nunca lo vi ejercer, además se murió cuando yo tenía once años, pero supongo que me debía contar cosas, no sé, me parecía*

*bonito*” (Marta, 36), *“siempre quise estudiar medicina, desde pequeña, siempre... mi abuelo fue médico, supongo que fue una influencia muy grande... le tenía mucho cariño”* (Gladys, 27). Asimismo, están las familias donde los padres y hermanos son médicos: *“creo que inconscientemente fue por mi padre, desde pequeñito ya me llevaba a hacer cosas con él y a ver cosas con él, entonces creo que ha sido su influencia”* (Alberto, 35), *“fue algo muy unido a la familia, mi padre es veterinario y mi hermano médico. Y mi padre me dijo que hiciera medicina y que me fuera del pueblo”* (Beatriz, 45). Por último, familias con abundante presencia de médicos: *“yo tengo muchísima familia que es médico, muchísima. Tenía un tío abuelo que era médico, de hecho un centro de salud lleva su nombre. Luego tengo tres tíos que son médicos, especialistas. Mis dos hermanos son especialistas. Después tengo tres primos que están estudiando medicina. Entonces nunca lo pensé... ya sabía que iba a ser médico”* (Juan, 38). En este mismo caso, las personas más jóvenes pueden contar en sus familias no solo con padres o abuelos médicos, sino también con madres e incluso abuelas médicas y con especialización:

Yo creo que fue mucha influencia de mis padres, porque como ambos son médicos y también mis abuelos son médicos. Mi abuelo era otorrino y la abuela pediatra, y mi padre hace medicina interna y mi madre también pediatra. Entonces yo crecí ahí en la casa del abuelo, donde él tenía su consultorio, y bueno, estaba muy rodeado de eso, y lo vivía muy de cerca. Estaba también entre la ingeniería y el piano, pero viendo a mi padre lo que más me gustaba era el agradecimiento de la gente, y eso fue lo que me llevó a decidirme por la medicina (Miguel, 30).

En el mismo sentido del vínculo a la medicina desde las familias, las redes de amigos-os y vecinas-os pueden también influenciar en la decisión de estudiar esta carrera: *“fue como un descubrimiento, conocíamos por temas familiares a gente afín a la medicina. Yo no tenía una relación directa, ni vivía ese mundo tampoco. Y pues a partir de unos círculos de estudio me empezó a gustar”* (Bernardo, 46), *“en la secundaria nosotros teníamos un vecino muy cercano que era pediatra y él siempre nos atendía en casa. Y a mí siempre me encantó el rol que él desempeñaba, cuando me trataba a mí y a mis hermanas cuando estábamos enfermas. Y desde ahí supe que quería ser como él, médico con especialización en pediatría oncológica* (Liliana, 29).

Otro de los motivos por los cuales se escoge la medicina como carrera universitaria, es la relación que se tiene con la enfermedad y la muerte en la época de la niñez y de la adolescencia. En cuanto a la enfermedad, se puede encontrar un acercamiento a la medicina, a través del cuidado de las-os progenitores cuando se encuentran enfermas-os: *“siempre he querido estudiar medicina, desde niño, porque mi padre tiene epilepsia y me causaba curiosidad cuando lo veía malo”* (Alejandro, 30), *“nadie me cree, ni siquiera mi familia, pero yo quiero ser médico desde muy pequeño. Quizás fue ver a mi madre tan enferma... quizás eso me llevó a querer ser médico para ayudar a*

*mi familia” (Pedro, 57), “mi abuelo estuvo muy enfermo, y mi viejo fue aprendiendo del día a día para hacer las cosas en casa y no llevarlo siempre al hospital. Y la decisión de estudiar medicina fue algo que yo quise hacer para mi viejo” (Mauricio, 30). Así como también, porque se padece alguna enfermedad en la infancia: “de niño tuve malaria en varias oportunidades y es una enfermedad muy fuerte porque te reduce muchísimo, y yo en el hospital cada vez que me pasaban la medicación y me curaba, yo decía: ‘¡Qué bien, esto es casi magia... Voy a ser médico!’” (Manuel, 30), “tenía claro desde niña que quería ser médico, a mí me encantaba todo lo que tenía que ver con el doctor porque yo vivía todo el tiempo en el médico, tenía como problemas respiratorios” (Sara, 40). De otra parte, están las experiencias de la muerte de seres queridos durante la infancia, y el deseo de evitar esta vivencia a otras personas: “puntualmente te diría que me marcó un infarto de mi abuela a los siete años” (Andrés, 43), “tuve una etapa un poco fuerte en mi familia porque entre los 11 y 14 años se murió mi abuela, mi tía y un tío. Entonces eso me hizo decir: ‘Yo necesito ayudar a la gente para que no se les mueran y no pasen lo que yo pasé’” (Lucía, 30), “mi único amigo de colegio se murió de cáncer a los nueve años por leucemia y eso me marcó muchísimo... y yo lo que decía era que no lo habían curado bien. Entonces dije que por eso iba a ser médico, porque yo sí iba a salvar vidas” (Manuela, 31).*

Dentro de los motivos para seguir la medicina se encuentran también el deseo por estudiarla desde la niñez y la ayuda humanitaria. En cuanto al primero de ellos, aunque retrospectivamente no hay una explicación muy clara, este deseo persiste aún cuando las-os progenitores son graduadas-os de otras profesiones, y no se tiene contacto alguno con la medicina: “desde niña sabía que eso era lo que quería estudiar. No sé de dónde salió... mis padres son economistas, nada que ver, y no tengo nadie así cercano a la medicina” (Ana, 38), “desde siempre, nunca he pensado en otra cosa que no fuera esa. Como mi padre estaba en la banca para él era más interesante tener un hijo que le siguiera... pero no, siempre fue medicina mi sueño” (Gerardo, 53), “no sé como me nació la idea pero desde que yo tengo uso de razón lo sabía. No recuerdo si mis padres me inculcaron algo, pero no creo porque siempre fue lo que yo quisiera” (David, 33). Asimismo, puede aludirse la elección a momentos concretos como los juegos de la niñez: “una vez cuando éramos pequeños con mis primos hicimos una especie de quirófano, con lámpara y demás. Y lo recuerdo muy bien porque yo sin querer me quemé con la lámpara. Y ya después de eso siempre supe que quería ser médico” (Antonio, 28). Juegos que pueden influenciar a más miembros de la familia: “nunca nos cuestionamos la decisión, tal vez porque yo asumo que lo hace [hermano gemelo] por lo mismo que yo, por poder hacer algo por alguien” (Antonio). Por otra parte, está la motivación humanitaria de ayudar a otras personas: “realmente fue porque íbamos con las monjitas a hacer cosas de caridad, y me gustó mucho el contacto con las personas enfermas” (Verónica, 29), “en sí lo que me motivó más, fue una consulta cuando niña con unos



*médicos estadounidenses que llegaron a hacer labor social a mi pueblo, y yo entonces quise hacer lo que ellos hacían por nosotros”* (Patricia, 30). Sin embargo, esta orientación hacia la ayuda humanitaria puede ser expresada como algo que es un tópico en la medicina: *“podría decir que por ayudar a la gente, pero eso es mentira... lo que más me llamaba la atención era el estatus social, el poder investigar, hacer algo diferente, que era algo que me abría muchas puertas”* (Marta, 36), que contrasta con una exaltación de la vocación de servicio hacia los demás, ya mencionada anteriormente:

Si te digo la verdad yo siempre quise estudiar medicina desde pequeña, pero te puedo decir cuatro, cinco años. Y no es que supiese la palabra exacta, pero sí tenía la sensación, porque mi madre me ha marcado mucho en el sentido de querer ayudar a los demás. De ver las noticias con mi madre y que ella resaltase la desnutrición en África, y a mí me impactaba ver a los niños negritos con la tripa hinchada, y para mí es una imagen que siempre la tengo en mente. Y eso en mí ha generado un deseo de ayudar y de intervenir de alguna manera en eso. Luego ya a los 12, 13 años esa sensación se fue perfilando, y supe que quería estudiar medicina (Raquel, 25).

Ahora bien, si hasta este punto se han analizado los motivos que tienen que ver con la seguridad en la intención de estudiar medicina, basada en diferentes razones como los vínculos con la carrera tanto del entorno familiar como de las redes de amistades, a los deseos de ayudar a otras/os, y a saber que se opta por ser médica/o sin tener una justificación muy clara, también existen experiencias en las que a esta decisión no se llega de forma tan directa. Por una parte, están las personas que expresan el deseo de estudiar otra carrera diferente a la medicina: *“quería estudiar odontología pero tenía que esperar seis meses, entonces me presenté al examen de medicina y entré y dije: ‘Voy a empezar y si no me gusta me salgo y comienzo la otra’. Y al final me gustó y me quedé”* (Daniel, 28), *“yo siempre quise ser veterinaria, me encantaba, pero solo me gustaban los perros, y no me imaginaba trabajando en una granja. Entonces la otra opción era medicina”* (Natalia, 29), *“para mí toda esa gente que dice que querían ser médicos desde niños mienten [risas]. Yo jamás soñé con ser médico, yo quería ser militar”* (Mauricio, 30). Asimismo, puede llegarse a la elección de la medicina como carrera universitaria ante la imposibilidad de realizar otra actividad más anhelada:

Me gustaba tanto el fútbol, que de hecho yo quise ser jugador profesional. Y cuando a los 15 años vi que no pude, me pregunté: ¿Qué profesión me puede mantener cerca de ese ámbito en la vida... entrenador, árbitro? Pues elegí medicina para tratar a los futbolistas: “Como no voy a poder vivir del fútbol profesional, pues voy a hacer medicina para tratar a los futbolistas”. Porque nunca lo tuve claro, y en mi caso no se aplica eso de la vocación de estudiar medicina desde pequeño (Javier, 45).

Este hecho, de no tener una vocación hacia la medicina desde la infancia, hace que se abran otras posibilidades de estudio. Por una parte, está el deseo de querer estudiar otras disciplinas sin tener muy claro qué: *“yo nunca lo pensé... no puedo decirte que fui la típica niña que en el colegio decía: ‘Yo voy a ser doctora cuando sea grande’, no. Nunca me lo cuestioné, siempre quise ser muchas cosas”* (Leticia, 27). De otra parte, la medicina se elige después de haber realizado estudios en otra carrera: *“no lo tenía tan claro, porque era el típico niño que iba a un hospital y se mareaba... odiaba el olor de los hospitales. Pero no sé, me gustaba ayudar, y pensé que era a los animales. Pero cuando hice veterinaria, me di cuenta que quería ayudar más a la gente”* (Víctor, 42), *“estudié ingeniería porque mi padre quería tener un hijo ingeniero civil para que se hiciera cargo de la empresa, pero no logré terminar. Intenté hacer otro año, pero me decepcioné de la ingeniería. Y tenía una compañera que estudiaba medicina, y lo único que hacía era leer y como me pareció tan fácil y sin números, hice medicina”* (Ximena, 47). Por último, se reafirma la decisión de terminar medicina después de haber salido de la carrera por un tiempo: *“hice el primer año de medicina y no me fue bien, así que cambié a biología molecular, pero solo hice un año y ahí fue donde me di cuenta que realmente lo que quería hacer era medicina”* (Mauricio, 30), *“al año de la carrera tengo una pequeña crisis existencial [risas] y como hablaba inglés ingreso como traductor a una misión militar en el sudeste asiático coordinada por la ONU. Yo sabía poco de medicina, pero esta experiencia me marcó y reforzó mi vocación como médico, porque estando allí vi el impacto que tiene la medicina en un lugar donde la gente no tiene casi nada”* (Heberto, 40).

## **Imaginarios sobre la profesión**

Una vez tomada la decisión de estudiar medicina, entran en juego aspectos simbólicos como los imaginarios que se tienen sobre cómo es la formación y el ejercicio profesional, configurados por factores muy diversos. Uno de ellos son las series de televisión sobre médicas-os: *“las veía todas y me parecían muy emocionantes”* (Marta 36), *“veía mucho Sala de Emergencia. Claro, ahora que ya sé de medicina no me gusta ver ningún programa de estos [risas], pero en esa época me hacía mucha ilusión ver cómo se movían en Urgencias”* (Alejandro, 30). Así como también cuentan las experiencias como voluntariados en instituciones como la Cruz Roja: *“hay que tener morbo para estar en una ambulancia, pero no es el morbo de solamente verlo y la impresión que te causa, no... era más un espíritu científico de saber qué tenía y cómo funcionaba”* (Olga, 33). No obstante, los aspectos del imaginario que cobran una mayor relevancia son los altos costos de la carrera, la duración de la misma, y el alto nivel de exigencia académica: *“el único pero que tenía medicina es lo largo de la carrera que tarda muchísimo”* (Liliana, 29), *“las dos carreras que más nivel académico se*

*pedía para entrar eran medicina e ingeniería de sistemas. Y eso me daba un poquito de incertidumbre... pensaba que era muy difícil y muy complicado” (Javier, 45), “decían que la medicina es muy difícil y que hay que tener mucho dinero para estudiarla” (Alejandro, 30).*

Frente a la duración excesiva de la formación, tanto en el nivel de medicina como de especialización, el imaginario respecto a la conformación de una familia con hijas-os está basado en la decisión de priorizar el estudio universitario: *“cero... un proyecto familiar nada. Siempre me imaginaba en un futuro a lo mejor ejerciendo pero ni marido, ni hijos... no estaban en mi cabeza, solo mi carrera” (Marta, 36), “el objetivo era graduarse de médico, no había ningún otro objetivo y nunca me planteé tener familia antes de terminar la carrera” (Javier, 45), “no, para nada, ya una vez que estás ahí te gusta tanto lo que estás estudiando que no quieres hacer nada más” (Verónica, 29). Asimismo, son planteadas estrategias en las que se visualizan posibles escenarios de maternidad hasta terminar la carrera e incluso la especialización: “lo tenía planeado desde chiquita... después de la especialización tengo mi primer hijo y como estamos en un mundo moderno, no necesitas ni siquiera estar casado, o tener pareja para tener un hijo. Es que eso lo tengo clarísimo” (Manuela, 31), así como se asume el hecho de aplazar la familia y los hijas-os por la carrera inclusive en un entorno cultural adverso:*

En Latinoamérica tenemos remetido que a una edad ya tenemos que estar casadas, tener tus hijos. Entonces a finales del colegio, yo me imaginaba a los 26, 27 años ya casada, después disfrutar unos años de mi esposo y luego los hijos antes de los 30. Pero ya cuando me metí a medicina, que salí a los 23 años, después el internado, después el servicio social y luego pensar en la especialidad... eh... ya las cuentas no me dan, porque las mujeres en medicina tendemos a hacer todo lo que las mujeres hacen en Latinoamérica años después. Y ahora pienso en tener una familia cuando me salga, cuando me toque... y la verdad, no me causa ningún tipo de desesperación (Liliana, 29).

A la par de los imaginarios contruidos a partir de las series de televisión, experiencias previas en el campo, o la dificultad y duración de la carrera, está también la idea de que la medicina ofrece tanto estatus social y económico, como la posibilidad de movilidad laboral nacional e internacional. En cuanto a los privilegios que otorga el estudiar medicina, se reconoce el estatus social de la profesión: *“es una carrera un poco elitista... ¡No, un poco no! Es una carrera muy elitista” (Marta, 36), “creo que ese reconocimiento social es lo que lleva a mucha gente a hacer medicina. Generalmente no lo dicen, ¿sabes?, pero yo creo que ser médico tiene ese prestigio que lo hace interesante” (Miguel, 30), “en los pueblos sigue siendo una persona prestante y de importancia, que está formada, y que su opinión se tiene en cuenta” (Manuel, 30). Sin embargo, a pesar de que el estatus*

económico sigue estando presente en el imaginario para estudiar la carrera: *“eso influye, si quieres ingresar a una profesión y ganar dinero, pues tienes que pensar en la medicina y otras cuatro o cinco profesiones”* (Javier, 45), *“también me gustaba diseño pero tenía muchos amigos que no tenían trabajo, en cambio los médicos... uno siempre piensa que van a ganar dinero”* (Natalia, 29), se asume que los ingresos generados mediante el ejercicio de la carrera cada vez son más reducidos: *“sabes ya que en ningún lugar del mundo te vas a hacer millonario, tal vez a vivir cómodamente y eso cada día está peor”* (Pedro, 57), *“ya somos conscientes de que no vamos a ganar dinero y yo no lo hice por dinero, lo hice por vocación. Y sabía que iba a tener que trabajar cumpleaños, navidades, hacer guardias... lo sabía”* (Manuela, 31), *“siempre encuentras trabajo, y económicamente vives mejor que en otras cosas. Aunque no es la profesión que más gana dinero en este país y en ninguno”* (Ana, 38). Con respecto a la movilidad internacional, esta profesión al tener los programas de formación homogeneizados permite trabajar en cualquier país: *“también quería estudiar algo que pudiera servir en todo el mundo”* (Beatriz, 45), *“tienes un idioma universal y las publicaciones son a nivel mundial, entonces lo que se sabe se sabe en todos los países del mundo, el conocimiento es el mismo”* (Alejandro, 30). El poder ejercer la medicina internacionalmente es un atributo altamente valorado por las/os profesionales en tanto las posibilidades de viajar, de conseguir trabajo y de reconocimiento social: *“me da excusas para viajar, muchas, las que yo quiera y pueda, porque homologar la carrera no es tan difícil como en otras. Y siempre necesitan médicos en todas partes del mundo”* (Bernardo, 46), *“abre puertas en todo lado, así no sea trabajo remunerado tú siempre eres útil en cualquier lugar a donde vas”* (Natalia, 29), *“siempre como médico eres bien recibido y la gente te aprecia a donde vayas”* (Heberto, 40).

Por último, si bien la decisión de estudiar medicina corresponde a las expectativas del proyecto familiar universitario: *“hubiesen estado igual de satisfechos si hubiéramos elegido cualquier otra profesión, porque no les importaba lo que eligiéramos, siempre que estuviéramos contentos con lo que íbamos a estudiar”* (Antonio, 28), esta carrera en particular por el estatus social y económico que otorga, genera diversas reacciones en el entorno familiar, principalmente en las/os progenitores. En cuanto a la consecución del proyecto universitario, tanto las familias en las que se configura como superación o como tradición, expresan la satisfacción de la meta conseguida: *“de mi familia era la única que había sacado una buena nota en la selectividad y había elegido encima una carrera como medicina... es que para ellos fue, vamos, lo máximo. Para mis padres decir que su hija es médico es un orgullo... se les iluminan los ojos cada vez que lo dicen”* (Raquel, 25), *“a mi papá le encantó porque veía a su padre médico, entonces ya decía: ‘Mi hijo va a ser médico’. Fuera de eso él se presentó a medicina dos veces y no pasó, de hecho la veterinaria fue su segunda opción. Y mi mamá feliz, porque nunca imaginó que sus hijos estudiaran una carrera y empezar el primero con*

*medicina... fue una alegría muy grande para ella*" (Manuel, 30). En el caso de las familias de aquellas-os que desde la infancia expresan el deseo de estudiar medicina, esta decisión no representa ningún tipo de sorpresa: *"fue lo más normal, porque ellos me venían oyendo desde que era niña. Y además es que nunca dudé con otras carreras"* (Ana, 38), *"ellos siempre me han apoyado y ya como desde pequeño les decía que quería ser médico, pues ya para ellos era lo natural"* (David, 33), *"ellos lo tenían tan claro como yo y eso que soy la única diferente de la familia porque todos son empresarios... y están encantados"* (Manuela, 31). Asimismo, debido a los privilegios de esta profesión, la elección de la medicina como carrera universitaria representa un orgullo para la familia: *"el solo hecho de pensar que alguien de la familia es médico, parecía que ya da algo... no sé... un plus. Se sintieron contentos por ser el primer médico de la familia"* (Alejandro, 30), *"como volví a retomar la medicina, mi viejo se emocionó muchísimo... fue muy especial"* (Mauricio, 30), *"estudiar medicina en nuestros países es el súper orgullo: 'Aunque no ganes dinero, hija, eres médico'"* (Olga, 33).

A la par de las reacciones generalmente de orgullo que trae la decisión de las-os hijas-os de estudiar medicina, en el caso de las mujeres las familias expresan dos emociones encontradas. Por una parte, aflora una inquietud frente al reto y a la imposibilidad de que las hijas puedan asumir el nivel académico de la medicina: *"mi mamá no estaba muy segura, porque yo era muy inquieta, muy nerviosa y ella no creía que yo pudiera estudiar tanto, pero nunca me dijo que no. Y mi papá... orgullosísimo"* (Sofía, 30). Inseguridad que se intensifica cuando se ha cambiado de carrera, y aparece el temor a que esta nueva decisión no sea apoyada: *"mi familia estaba muy molesta porque yo estaba cambiando de carrera, y estaban muy preocupados porque pensaban que no sabía para dónde iba"* (Ximena, 47), *"mi papá ha sido muy estricto, y yo tenía miedo de decir que quería cambiar a medicina porque no quería que se malinterpretara mi previa decisión, ni que se cuestionara tanto. Pero vencí el miedo y les conté, y al final no hubo ninguna reacción negativa... fue muy bien, mucho apoyo"* (Leticia, 27). De otro lado, la decisión de que las hijas estudien medicina representa más que una carrera universitaria una forma de independencia y autonomía, apoyada por los padres: *"mi papá decía que como era mujer tenía que tener una profesión para poderme mantener"* (Mónica, 62), y asumida por las madres como una tranquilidad tanto social como económica frente al futuro de las hijas:

Yo me acuerdo que todas las mujeres de mi familia, mi abuela, mi madre, mis tías, todas están muy contentas de que yo haya estudiado medicina. Principalmente por eso, porque me da la libertad de un trabajo, y una estabilidad económica que es importante. Y todas ellas eran lo que querían que yo lograra... que tuviera mis propios recursos (Gladys, 27).

Mi madre estaba emocionada pero a la vez triste, porque por la separación de mis padres pues ella se quedó al frente, o sea, como padre y como

madre, y entonces, claro, yo era como un brazo fuerte para ella. Pero recuerdo que me dijo: "Lo más importante es que tú luches por tus sueños". Y ya con todo el dolor de su corazón, me dejó partir a Cuba a estudiar medicina (Patricia, 30).

## **Vida universitaria**

Tomada la decisión de cursar medicina como profesión, la elección de la universidad depende en gran medida tanto del prestigio de la institución educativa, como de la capacidad económica de la familia para costear los gastos inherentes en los que se incurren durante la carrera. Una vez elegida la universidad y gestionada la financiación, se describen los diferentes procesos de selección que son implementados para el acceso a los cupos ofertados en medicina, así como la estructura de formación universitaria, y las estrategias desarrolladas para enfrentar la alta exigencia académica al cursar la carrera.

### **Selección de la institución universitaria**

En la elección de la universidad en la cual se va a realizar la formación en medicina, son tenidos en cuenta tanto el prestigio de la institución universitaria, como la posibilidad de la familia de asumir los costos generados durante la carrera. En cuanto a la dificultad de ingresar a una institución pública o privada con un reconocido prestigio en la enseñanza de la medicina, los niveles de excelencia académica logrados en la educación secundaria garantizan el acceso a la institución preferida. Sin embargo, las familias deben disponer de los recursos suficientes para garantizar la culminación de la carrera sin contar con la ayuda de las/os hijas/os: *"si tú estudias no puedes trabajar, o sea, que implica que tu familia te mantenga desde los 18 años hasta los 27 años, porque es incompatible con un trabajo. Entonces sí, la familia debe tener una cierta capacidad económica"* (Heberto, 40), *"supe que iban a ser muchos años de depender de mi papá, de que los médicos realmente empiezan a tener un estatus y dinero luego ya de los 40 años"* (Verónica, 29). Si bien es cierto que pueden haber excepciones, generalmente acarrear el riesgo de alargar aún más una carrera que de por sí demanda muchos años de estudio: *"tardé once años en hacer la carrera, porque tuve que trabajar y al mismo tiempo estudiar"* (Mauricio, 30).

En este contexto de capacidad económica de las familias para enfrentar el costo de la carrera de medicina, es posible distinguir entre las familias en las cuales los recursos económicos no representan ningún problema y en las que sí lo son. En cuanto al primer escenario, el de las familias con capacidad

económica, se pueden diferenciar varias situaciones sociales frente a la elección de institución educativa. Una de ellas es hacer el nivel universitario en un país donde todas las facultades de medicina son públicas, pero que al mismo tiempo gozan del prestigio suficiente para quedarse y no viajar al extranjero a estudiar: *“en Venezuela lo que pasa es que nada más hay universidades públicas... está la Universidad Central en Caracas, luego hay otras públicas pero yo estaba segura que me quería quedar en Caracas por mi familia”* (Ven-H, 00). El otro caso son aquellos países que cuentan tanto con universidades públicas como privadas. En esta situación las familias al tener la capacidad de pago para asumir el gasto en cualquier institución, eligen universidad por el prestigio de la misma, sin importar si es privada o pública. En este sentido el sistema público aún sigue manteniendo un mayor prestigio frente al privado: *“escogí la pública que tenía más prestigio que la privada”* (Col-H, 90), *“estudí en una pública y en eso sí es inverso al colegio... aquí las públicas son las mejores”* (Par-H, 00), *“mi papá quería que yo estudiara en una universidad privada, pero yo entré a la universidad pública porque es la que tenía en ese entonces mucha fama y reconocimiento”* (Rdo-M, 90), *“después cuando ya estaba terminando la carrera estaban abriendo una privada, pero estoy segura que aún así hubiera elegido la pública”* (Uru, 80), *“en mi ciudad solo hay universidad pública para estudiar medicina, y yo sabía que si no pasaba iba a buscar en otra ciudad de mi país, pero siempre pública”* (Bol-H, 00), *“aunque teníamos las condiciones de pagar una privada, iba contra los conceptos de vida de mi padre y como mis hermanos ya estaban en universidad pública, él quería que entrara en una pública también”* (Bra-H, 80).

No obstante, aún cuando se reconoce el prestigio de las públicas, las familias con recursos económicos eligen también las universidades privadas por diversas razones. Una de ellas es la facilidad para ingresar a las privadas en relación a la dificultad de las públicas: *“como la universidad era muy nueva, decían que no era muy exigente, porque como se paga van todos los hijos de papá... y vas pasando”* (Par, 00), *“no pasé en la Nacional [pública] y en la Javeriana [privada] quedé en lista de espera. Y a los cuatro días me llamaron de la Javeriana a entrevista”* (Col-H, 80), *“están siempre las universidades públicas donde se hacen los exámenes de selección y pasa muy poca gente. Yo estudié en la privada que no era tan masiva”* (Nic-M, 00). A la par de la dificultad de acceder a un cupo en la pública, también está el temor a los periodos en los que se interrumpen las clases: *“he podido estudiar en la pública, pero justo era la época de las huelgas y me podía retrasar. Yo tengo dos amigos de mi misma promoción y acabaron un año después que yo”* (Col-M, 90). Asimismo, se eligen las instituciones privadas en las que se forman tanto las redes familiares como las de amigas-os: *“mi padre y mi hermano estudiaron en esa universidad, entonces yo creo que fue por tradición”* (Col-M, 00), *“yo pasé en la pública pero toda mi familia es de la Javeriana. Además en esa época yo creo que era como la mejor universidad para estudiar medicina,*

*y como salí de un colegio privado muy bueno, pues tú no aspiras a menos” (Col-M, 90), “la mejor es la pública pero mi mejor amigo no pasó, así que nos inscribimos en la privada para poder hacer la carrera juntos” (Per-H, 70).*

En cuanto a las familias con dificultades económicas, éstas optan por el sistema público o por universidades privadas financiadas a través de becas. Con respecto a las instituciones públicas, el acceso puede parecer de cierta facilidad debido al excelente rendimiento académico obtenido durante el bachillerato: *“era esa universidad o esa, porque era pública y la mejor del país” (David, 33).* De nuevo, hay países donde la educación universitaria solo es pública y gratuita como en Cuba: *“no hay que pagar la carrera, pero sí hay que tener buenas notas porque es muy estricto el sistema educativo” (Cub-H, 90), “en mi época todo era público y estaba centralizado en la capital... no había más opciones para estudiar” (Cub-M, 70).* En los demás países donde se puede elegir entre una universidad pública o privada, los costos de la carrera en la universidad pública son asumidos con diferentes estrategias. Primero, están a cargo de familias: *“desde el principio me sentía capaz de estudiar medicina, lo que no veía posible era si mis papás podían solventar todo lo que era el estudio. Pero como era el menor y mis hermanos ya habían estudiado, había alguna posibilidad para pagarme a mí” (Alejandro, 30), “yo tengo aquí unos tíos en España hace más de 30 años, y al ver la situación de mi familia y que no podían pagarme la carrera, me dijeron que si quería podía venir aquí que ellos me financiaban y que vivía con ellos en su casa” (Gladys, 27).* Segundo, si no es posible acceder en una primera oportunidad a medicina en una universidad pública, se intenta una vez más: *“al comienzo no pude, porque con el examen que tenía no me alcanzaba para la universidad pública que yo quería y la que mi papá podía pagar. Hice un semestre de veterinaria y durante el semestre presenté el examen de nuevo, y con lo saqué podía entrar a cualquier pública que yo quisiera” (Víctor, 42).* Tercero, mantener un trabajo mientras se estudia la carrera: *“yo siempre tuve que trabajar para poder estudiar, porque mi hermana entró a derecho y yo sabía que en casa las cosas no daban para pagar dos carreras universitarias” (Mauricio, 30).* Por último, con el rendimiento académico acceder tanto al sistema público de becas de otro país: *“hay una universidad para formar médicos de Latinoamérica en Cuba, como tenía un buen promedio fui a hacer el examen y pues fui seleccionada y esa fue la forma en que me hice médico... con una beca en Cuba” (Patricia, 30), como del propio: “mi familia no hubiera podido costearme la carrera en una privada. Y si no hubiera pasado en la pública, la beca que me gané por ser uno de los mejores bachilleres del país hubiera cubierto o la matrícula o la manutención de la privada” (Manuel, 30).*

En relación a las universidades privadas, es posible acceder a una institución de este tipo mediante becas para el sostenimiento en la carrera: *“me presenté a una universidad pública porque claro es mucho más barata,*



*pero no pasé. Entonces me presenté a una privada y ahí ya pasé, y me gané una beca del 75%* (Col-M, 00), *“era tan difícil la situación económica en mi casa, que mi abuelita me pagó la universidad privada que era muy costosa. Entonces para ayudarla llegué a ser la mejor de mi clase y cogí una súper beca durante toda la carrera”* (Per-M, 90). Vale la pena anotar, que las familias con recursos económicos insuficientes, cada vez tienen más limitada la posibilidad de acceder a financiación pública para los estudios universitarios, debido a la neoliberalización de los sistemas educativos:

Aunque mis padres no tienen una buena situación económica, no tuvimos problemas porque en el último año de instituto yo saqué la mejor nota y me dieron una beca de la comunidad de Madrid. Y posteriormente me siguieron dando becas del ministerio, entonces yo estudié gratis siempre, nunca pagué nada en la carrera. Pero aunque no hubiera tenido las becas, hubiéramos sacado el dinero de alguna parte porque eran 1.500€ de matrícula. Pero eso ha cambiado mucho en los dos últimos años, y no sabría si con las nuevas tasas y becas hubiera podido estudiar (Esp-M, 00).

La financiación que las familias provean, bien sea propia, por becas y préstamos, debe cubrir los gastos que se derivan del estudio de la carrera de medicina. El rubro más importante a considerar es la matrícula, aunque ésta depende del país, del tipo de institución y de la época. En las universidades públicas de países como Cuba y Uruguay y en algunas de México no se paga por la matrícula, y en otros países se cobran cantidades muy bajas por este concepto: *“hay una matrícula anual, aunque es pública no es gratuita, pero es una matrícula muy accesible que no tenías problemas para permanecer inscrito”* (Bol-H, 00), *“pagas una matrícula que es muy, muy baja”* (Par-H, 00), *“estuve en la época en la que pagaba algo casi simbólico por matrícula y por seguro médico”* (Col-M, 90), *“lo poco que teníamos que pagar estaba exonerado por buenas notas”* (Rdo-M, 90), *“se pagaba de acuerdo a los ingresos de los padres. Entonces yo pagué muy poco dinero”* (Col-M, 00). Por el contrario, en las instituciones privadas la matrícula es el rubro más costoso en el estudio de la medicina: *“la universidad era muy costosa para la mayoría de personas de mi país... también lo era comparada a las universidades públicas y al resto de las privadas”* (Nic-M, 00), *“mi papá siempre ha sido un tipo que es como: ‘No se preocupen, que si yo digo que puedo, puedo’. Y yo probablemente no me enteraba de la gimnasia bancaria que tenían que hacer en casa para poder pagar mi carrera, que era de las más costosas del país”* (Col-M, 90), *“aunque tenía una beca que cubría parcialmente la matrícula, estudié en una universidad privada que era muy costosa”* (Per-M, 70).

Después de la matrícula, un gasto importante es el pago de la vivienda en caso que no se pueda hacer la carrera en el lugar donde residen las/os progenitores: *“a mi hermano le tocó ir a vivir a una residencia, pero yo me fui así a lo grande... mis padres nos alquilaron un piso en la capital”* (Beatriz, 45),

*“podía estudiar en cualquier pública y no tenía problema con la matrícula, pero claro, el problema era el dinero para vivir porque tenía que ir a estudiar fuera de mi ciudad. Así que con una beca del trabajo de mi padre y el rebusque de mi madre que hacía comida en casa para vender, pude viajar a estudiar”* (Víctor, 42), *“lo que costaba más era el transporte y la vivienda”* (Manuel, 30). Otro gasto durante la carrera de medicina es el asignado a los libros de estudio, que también tienen costos elevados: *“los libros eran carísimos, carísimos y en la biblioteca solo había uno de cada uno. Y a veces tenías que comprar los libros de los profesores porque de ahí salía el examen. Mis padres ahí sí se tuvieron que ajustar mucho a la situación y tuvieron que sacarse un préstamo”* (David, 33), *“tenía todos los recursos necesarios para comprar todos los libros”* (Gerardo, 53). Frente al elevado costo de los libros se generan estrategias como estudiar del material de la biblioteca y/o sacar fotocopias: *“en los primeros años ciertos libros sí que era imprescindibles tenerlos, pero otros los cogía de la biblioteca”* (Raquel, 25), *“yo siempre fotocopié los libros... aunque entiendo la parte de los derechos de autor, yo no tenía dinero y no me podía comprar los libros que son costosísimos”* (Manuel, 30). No obstante, las nuevas tecnologías como Internet han modificado los métodos de estudio de los basados en los textos en papel a los archivos digitales: *“ahora es diferente porque casi todo se hace por Internet, porque en mi época sí tenía que comprar muchos libros que ahora no me sirven, porque todo va muy rápido y están desactualizados”* (Marta, 36).

Una vez elegida la universidad en la cual se desea estudiar y gestionada por las familias la correspondiente financiación, las/os aspirantes se enfrentan a los diferentes procesos de selección que implementan las universidades para el acceso a los cupos ofertados en medicina. Estos requisitos van cambiando en cada país, varían en el tiempo y tienen diferente aplicación de acuerdo a si el centro es público o privado. De los relatos pueden ser reseñados procedimientos, así como las combinaciones entre ellos, tales como la inscripción por orden de llegada, la realización de una única prueba de selección, el ingreso solo por la nota de secundaria, el promedio entre las calificaciones de bachillerato y el resultado de un examen de ingreso, la aplicación de pruebas psicotécnicas y entrevistas, así como la realización de cursos de preparación, bien sea para el examen o para la carrera tanto de carácter general (preuniversitario) como específico (premédico). Procesos de selección que tienen como objetivo regular la altísima demanda con respecto a los pocos cupos ofertados, sobre todo en las universidades públicas.

## **Estructura de la carrera**

Superadas las pruebas de acceso a los cupos ofertados, la formación médica en las universidades de Latinoamérica tiene la influencia de

diferentes escuelas. En este sentido, las facultades de medicina latinoamericanas han tomado como referente a varias escuelas, principalmente la estadounidense, alemana y francesa, tanto en la formación de las/os docentes: *“está muy influenciada por el contexto norteamericano, que viene a raíz de que la mayoría de los profesores vienen de haber hecho la especialidad en Estados Unidos o en México”* (Bol-H, 00), como en el diseño de la carrera: *“mi universidad hizo un cambio de pensum tomando el de otras universidades del mundo, adaptándolos a nuestra realidad”* (Col-H, 00). Con base en estas escuelas, el enfoque de la medicina adoptado en la región está orientado a la parte clínica, de atención al paciente en su contexto social, y con un alto componente formativo de prácticas: *“el carácter de la formación de ir a lo práctico, de acercarte al paciente desde el minuto uno, de estar al lado del enfermo, tocar al enfermo, manosearlo... y así se aprende”* (Cub-H, 80), *“cuando te gradúas ya has visto cientos de pacientes, y nos habían enseñado todo lo que conlleva tener un paciente y la responsabilidad con el trabajo”* (Ven-H, 00), *“siempre muy proyectado a tú qué vas a hacer en situaciones muy difíciles, ubicadas en el contexto del país con pocos recursos y donde puedes estar solo”* (Col-H, 00), *“cuando terminabas estabas capacitado para irte a cualquier parte remota del país o Latinoamérica y poder ejercer de médico”* (Per-H, 70).

En el marco de la medicina latinoamericana, el diseño de la estructura de la carrera contempla dos ciclos de formación. El primero de ellos es un ciclo básico, de carácter teórico con prácticas en el laboratorio, que incluye asignaturas en ciencias básicas tanto generales como de medicina, y que se imparte en la facultad y/o en el hospital; la segunda etapa, corresponde al ciclo clínico en el hospital e involucra un acercamiento al paciente de forma incremental: *“los dos primeros años son teóricos, sin ningún contacto con los pacientes. A partir del tercer año empiezas las primeras rotaciones por los hospitales, pero como estudiante, que solo puedes ver. Ya luego sí rotas por las especialidades y el último año es el internado”* (Col-M, 00), *“quinto y sexto donde tienes que ir a los hospitales para comenzar a hacer práctica clínica y hacer guardias. Y el séptimo año, es un año de internado en el que tienes que estar todo el tiempo en el hospital, rotas por las especialidades y ya actúas como médico, siempre con la supervisión de alguien”* (Ecu-H, 90).

En los relatos, estos ciclos de formación varían en duración dependiendo del país y de la facultad, y pueden oscilar entre los seis años y medio en la mayoría de países, siete años en Perú, Paraguay y Ecuador, hasta los ocho años en Uruguay. No obstante, se presentan variaciones a esta formación por ciclos teórico y luego práctico, como el acercamiento más temprano a las/os pacientes con base en el estudio por los sistemas del cuerpo: *“veía anatomía renal, veía fisiología renal y empezaba a acompañar a los profesores en el hospital a ver pacientes que tenían problemas renales, todo integrado en el primer año”* (Col-H, 00). Esta formación médica en

Latinoamérica contrasta fuertemente con la impartida en España, la cual está orientada a la adquisición de conceptos teóricos sin casi tener contacto con las-os pacientes: *“son muchas clases teóricas y hasta tercero empezamos a tener un pequeño contacto con el hospital. Ya cuarto, quinto y sexto están enfocados por especialidades”* (Esp-M, 00), *“me siento muy bien formada, tal vez no tanto en la práctica pero en la teoría sí porque es muy exigente: los profesores son todos doctores, todos investigan y los artículos son del mismo año en que estás estudiando”* (Esp-M, 00).

Los programas de formación médica incluyen también asignaturas relacionadas con la gestión sanitaria y el fomento de la investigación, sin embargo, éstas dependen de los recursos de las universidades. En el caso de la investigación, las instituciones de prestigio, tanto privadas como públicas, dedican recursos para la formación investigativa de sus estudiantes: *“tenemos muchos recursos para investigar, yo he tenido más acceso a la investigación clínica y he tenido oportunidad de publicar”* (Privada, Col-M, 10), *“la formación estaba muy orientada para ir a Estados Unidos, y había mucho de investigación que la misma universidad nos incentivaba”* (Privada, Per-H, 70), *“así como mi familia siempre me formó con la idea de que yo iba a ser profesional, en la universidad siempre nos hablaron de la importancia de la investigación”* (Pública, Col-H, 00). En el otro sentido, cuando no se tienen recursos para invertir, la formación está orientada a la elaboración del diseño de los proyectos: *“es muy básico en general, pero por la disponibilidad de recursos. Sí nos forman teóricamente y tenemos que hacer proyectos de investigación, pero que uno pueda realizar dicho proyecto es muy difícil”* (Pública, Bol-H, 00). En cuanto a la formación en la gestión sanitaria, solo empieza a aparecer en los relatos desde la década de los ochenta: *“en mi época no nos daban nada de gestión”* (Per-H, 70). Para finales del siglo XX y comienzos de éste, la gestión sanitaria neoliberal se incluye en los programas de carrera de forma teórica: *“tenemos lo básico en gestión administrativa por lo menos para enterarnos de cómo podría manejarse un primer, segundo, tercer nivel en gastos, eficacia, eficiencia, coste-efectividad, el precio de una cama... pero en la práctica nada”* (Bol-H, 00), como rotación del internado: *“hice una rotación opcional en Calidad y me puse en toda la parte administrativa que quería aprender... pero yo fui la única que lo pidió”* (Ven-M, 00), como especialidad médica: *“solo nos dan teoría porque para eso existe una especialidad”* (Mex-M, 90), y por último, como una maestría: *“tenemos las facilidades para hacer el MBA en la misma universidad, en el último año de carrera”* (Col-M, 00).

## **Exigencia académica**

Ahora bien, si los procedimientos de ingreso a las facultades de medicina representan un primer filtro, la exigencia académica durante el

estudio de la carrera constituye un segundo proceso de cribado. Situación que se presenta en igual medida en las universidades públicas: *“del primer al segundo año de los 25 que entramos solo pasamos 10, y de esos solo 7 nos graduamos”* (Col-H, 90), *“empezamos 120 y en el tercer semestre ya se habían retirado casi 40”* (Col-H, 00), *“cada año es una continua prueba de ingreso... entran más de mil personas, pero se reciben 330”* (Uru-M, 90), *“solo ingresan unos 1.200, y de esos solo se gradúan 200 personas”* (Bol-H, 00). Así como en las instituciones privadas: *“éramos 40 pero al final solo nos graduamos 12”* (Nic-M, 00), *“en el primer año éramos 100 y luego nos graduamos 20”* (Per-M, 00s), *“entran 120 y no se gradúan sino la mitad”* (Col-M, 10), *“éramos 210, pero claro, con los exámenes del primer año van filtrando, y en el segundo año éramos 100, igual que una promoción de la pública. Y también solo nos recibimos la mitad”* (Par-H, 00).

La exigencia académica está representada principalmente por el volumen de información nueva a ser aprendida: *“yo nunca pensé que tuviese que estudiar cada día el tema que tenía para el día siguiente, sobre todo cuando empiezas a ver pacientes”* (Manuel, 30), *“la carrera fue muy difícil, es muy, muy exigente”* (Gerardo, 53). Sin embargo, esta exigencia puede variar según la estructura de la carrera. Si es por ciclos teóricos y luego prácticos, los primeros años de teoría son particularmente complicados al no hallar sentido a lo que se está aprendiendo por la falta de conexión con la práctica: *“había que saber mucho de memoria de anatomía, bioquímica, histología... que no sabes para qué te sirve. Luego cuando ya vas viendo pacientes y ves que una cosa desencadena otra, te das cuenta que las cosas tienen una lógica”* (Daniel, 28). En contraste, el aprendizaje por sistemas del cuerpo vincula la teoría con la práctica desde el principio de la formación: *“no somos de memoria, lo que tenemos que entender es cómo diagnosticar a un paciente. Al final es como una fórmula matemática: si esto, y esto, y esto, entonces esto. Es una forma para mí lógica de pensar”* (Leticia, 27). Este volumen de estudio conlleva la dedicación exclusiva a la carrera, a la vez que implica el abandono de otras actividades: *“yo hacía muchas cosas y como era mucho estudio, tuve que dejar todo de lado y dedicarme solo a la carrera”* (Miguel, 30), *“se tienen que invertir muchísimas horas de tu vida, de tu día a día, de tus fines de semana, de tus vacaciones a estudiar”* (Raquel, 25). De esta forma, tanto el volumen de información como la dedicación exclusiva, hacen de la medicina una carrera con altos niveles de exigencia emocional y física: *“uno puede comprobar que para ser médico necesitas algo de inteligencia y mucho de resistencia, porque es una carrera de resistencia física y emocional porque hay que estudiar mucho”* (Javier, 45). Exigencia que puede aflorar en términos de inseguridad: *“si otras personas pueden, ¿por qué yo no?”* (Marta, 36), de frustración: *“fácilmente se puede frustrar, puede caer en que no se puede y ya”* (Alejandro, 30), y de estrés: *“me sentía estresada, agobiada, agotada”* (Gladys, 27), *“no podías fallar porque solo te daban una opción*

más" (Pedro, 57), *"lo recuerdo con mucho cariño porque aprendí muchísimo, pero fue especialmente estresante... muy difícil"* (Manuel, 30).

Si bien en la secundaria el desempeño académico fue sobresaliente, los métodos de estudio utilizados en esta etapa de formación no son útiles en el contexto universitario: *"fue un cambio rotundo del colegio, que lo llevaba súper bien, que me parecía muy sencillo, a algo que era realmente distinto y que sí tenía complejidad"* (Daniel, 28). Frente a esta dificultad, se utilizan simultáneamente dos estrategias. La primera de ellas es encontrar un método de estudio: *"si no te funciona un método, otro. Y si no otro, hasta que encuentras un punto donde te sientes cómoda"* (Marta, 36), *"hay que estudiar mucho. Y sobre todo aprender a estudiar"* (Antonio, 28), *"siempre tuve que estudiar hasta tarde en la noche, y en mi casa como nunca me habían visto estudiar tanto estaban preocupados"* (Lucía, 30), *"el primer año me fue muy mal. Y luego ya aprendí a compaginar y aprendí a estudiar, y mejoré muchísimo mi rendimiento"* (Miguel, 30), *"fue el año que más estudié en mi vida, gané peso por no moverme de la silla [risas]. Aprendí muchas cosas de medicina, pero sobre todo de cómo estudiar"* (Gladys, 27). La segunda estrategia, es el apoyo en los grupos de estudio, que están conformados por personas de la misma clase social: *"con tanto estudio uno siempre busca un buen grupo de estudio... y siempre fuimos de las mejores"* (Sara, 40), *"uno sin querer termina haciendo su propio grupito de gente más o menos como uno, no es algo que tú buscas... todos éramos más o menos de mi mismo nivel social"* (Verónica, 29); o que pertenecen a diferentes clases sociales: *"éramos un grupito muy cercano, estudiábamos todo el tiempo, pero también como tenían mucho dinero me invitaban a sus casas y ahí conocía a sus padres que eran médicos, abogados y claro, disfrutaba de la piscina y de las fincas [risas]"* (Víctor, 42). Vale la pena anotar, que los relatos no hablan explícitamente del uso de sustancias psicoactivas para hacer frente al alto volumen de estudio. Aunque no se reconoce a nombre propio, se tiene conocimiento de lo que posiblemente consumen las-os compañeras-os: *"mucha cafeína y quizás algo de anfetaminas, pero yo creo que la mayoría, y en mi grupo no usábamos nada... quizás fumar, pero ninguna droga. Y para estar despiertos, pues sola cafeína"* (Pedro, 57), *"en mi grupo éramos gente muy tranquila, que quería estudiar, que no estaba metida en cosas raras, que no usaba drogas ni nada de eso"* (Sara, 40), *"algunas pastillas para mantenerte despierto y seguir rindiendo, cosa que aquí yo nunca lo había escuchado"* (Raquel, 25), *"de pronto había unos que consumían en el primer semestre, pero ya no estaban cuando terminamos la carrera"* (Manuel, 30).

Como se mencionó anteriormente, el proyecto de una familia con hijas-os es aplazado hasta terminar la carrera y/o la especialización. Sin embargo, en el caso en que se tengan hijas-os durante la universidad, el riesgo de abandono está relacionado con el género, las posibilidades económicas y con el momento en que se tienen las-os hijas-os. En el caso de las mujeres, el

riesgo de abandono es bajo si el nacimiento se da en el ciclo teórico de la carrera: *“la tuve al comienzo de un año que era relativamente fácil porque era teórico, y eso me facilitó bastante porque tenía un horario un poco mejor”* (Sofía, 30), *“sabía que cuando paría tenía que incorporarme enseguida porque si no perdía el tercer año”* (Mónica, 62). No obstante, para evitar el que no se culmine la carrera, el apoyo de las redes familiares, de la pareja, y de compañeros de estudio es fundamental: *“todo lo hice con ayuda de mi pareja, que también estaba estudiando medicina, de mis padres y mis compañeros. La verdad yo faltaba muy poco, pero si me veía obligada a faltar mis amigos me cubrían, me pasaban los apuntes y hacíamos cosas que de pronto entre los estudiantes de medicina no suelen pasar”* (Sofía, 30), *“tuve que hacer un esfuerzo muy grande principalmente en las guardias, pero mi cuñada y mi esposo cuando él no tenía guardia me cuidaban al bebé”* (Mónica, 62). Por el contrario, para los hombres el riesgo de no continuar los estudios universitarios es menor, como lo ilustra el caso de David (33). Mientras él estudiaba la carrera su novia, también estudiante de medicina, quedó embarazada, decidieron casarse y tener el bebé. Sin embargo, debido al año de formación de ella, y a que él aún era estudiante y no generaba ingresos, ella tuvo que suspender la carrera y luego no logró reincorporarse para terminar.

Por último, así como en la educación secundaria las tareas domésticas no son responsabilidad de las-os hijas-os para asegurar la exclusividad al estudio y a las actividades de ocio, en el caso de la formación universitaria sucede de la misma forma. Cuando se vive con las-os progenitores se utilizan también las estrategias de contratar una empleada, la madre al cuidado del hogar, y la ayuda puntual en los días libres. Sin embargo, el problema en el periodo universitario radica cuando no se comparte vivienda con la familia: *“tenía muchas compañeras que venían de fuera, con lo cual ellas tenían que hacer todo lo de su casa y administrar toda su vida”* (Marta, 36), *“con todas las dificultades, como son demasiado estudio y además mantener un piso con otros compañeros... y no es fácil”* (Gerardo, 53). Asimismo, la liberación de las tareas domésticas tanto en la secundaria como en la universidad, permite, además del intenso estudio, invertir tiempo en actividades de ocio y recreativas, sin embargo, son vividas de forma diferente en cada uno de estas etapas de formación: *“se estudia mucho, pero también te digo que somos un gremio que bebemos bastante, salimos bastante. Es como todo a tope... y yo me sentía bastante cómoda en esa situación”* (Marta, 36), *“fueron los mejores años, mucho estudiar pero también era la época de la independencia... en mi casa me controlaban menos. Disfruté muchísimo”* (Verónica, 29), *“todo mundo habla que los años de universidad son los mejores y para mí fueron estudio, estudio, estudio [risas]. El mejor año de vida social y de todo, fue el último año de colegio, de verdad, porque ahí no me importaba nada, ya había entrado a medicina y ya disfruté de todo”* (Lucía, 30).

## Práctica hospitalaria

Como se mencionó anteriormente, la formación médica en Latinoamérica da un especial énfasis a la práctica clínica en instituciones hospitalarias. A continuación se exploran desde los relatos, los periodos formativos diseñados para el ciclo práctico de la carrera, así como las experiencias durante el aprendizaje de la relación médica-o/paciente, la interiorización de las estructuras jerárquicas en el hospital, y las guardias cuando se es aún estudiante de medicina.

### Periodos de formación

En Latinoamérica se pueden distinguir de forma general, tres etapas en la formación médica con respecto a la práctica en las instituciones hospitalarias: estudiante, preinternado e internado. Estos ciclos difieren en cuanto la duración y el nombre que se les asigna dependiendo del país, época y universidad, sin embargo, coinciden en los objetivos de formación, y en el grado de responsabilidad y autonomía. La primera etapa, la de estudiante, contempla los primeros contactos con el hospital y las/os pacientes, así como las prácticas de laboratorio de las ciencias básicas teóricas. En este sentido, los primeros acercamientos al hospital están cargados de diversas emociones: *“mi facultad de medicina y mi hospital son muy reconocidos a nivel nacional, entonces ir al hospital era algo de mucho respeto, de curiosidad”* (Manuel, 30), *“era lo que más esperaba en toda la vida... estaba súper entusiasmado y por algo motivo ¡llegué 40 minutos tarde!”* (Mauricio, 30). No obstante, representa también el encuentro con la realidad tanto de la enfermedad como de la pobreza: *“al principio te impacta mucho porque tú llegas, y claro, te encuentras con un montón de gente que está enferma, que está reducida a una cama, que están vulnerables”* (Manuel, 30), *“mi hospital estaba en una zona súper pobre, súper humilde y muy peligrosa. Me chocó muchísimo... no tanto la pobreza, sino el sufrimiento de las personas. Y ya luego te vas enfriando y tomas las cosas más racionalmente”* (Manuela, 31). Estas emociones encontradas, se enmarcan en el hecho de asumir la cantidad de horas que se van a pasar en los hospitales: *“yo pasé seis años como estudiante de medicina en el hospital y rotando además por otros hospitales. Y hay momentos buenos, momentos malos... que quieres salir corriendo de donde estás”* (Javier, 45), *“tu vida está en el hospital, y claro, el hospital es como un pueblo chiquito, porque ahí comes, duermes, te bañas, todo... es como una pseudo burbuja dentro de tu mundo. Y pues pueblo chiquito... infierno grande [risas]”* (Leticia, 27).

Esta etapa se caracteriza también por la iniciación en el uso de los distintivos que las universidades imponen a sus estudiantes, representados por el uso de una bata blanca y del estetoscopio: *“usas la bata desde el*



*primer año y la gente te dice: 'Doctor'. Entonces te sientes como humillado porque no sabes nada y te llaman así [risas]* (Bol-H, 00), *"eres un estudiante más con tu bata, con tu estetoscopio puesto aquí en el cuello aunque no sepas nada"* (Ven-M, 80), *"es hasta patético [risas] terminas las clases y sales de la facultad y ves que todos los de medicina van saliendo con la bata"* (Par-H, 00), *"llevar colgado el primer fonendo, que no utilicé en todo el año porque estudiaba el riñón, fue lo mejor, porque era el distintivo de mi carrera, era lo que me diferenciaba del carnicero [risas]. Para mí fue muy especial... me sentía en ER"* (Col-H, 00). Estos distintivos incluyen también un estricto código en el vestir, aunque esto ha cambiado con el tiempo: *"son muy exigentes con la presentación física, con andar muy bien vestido"* (Rdo-M, 90), *"en mi época a los hombres no les permitían usar barba, ni tatuajes y nosotras no podíamos llevar mucha minifalda ni escote. Ahora no, porque fui hace como tres años y ya andan en bermudas, en short, en chancla, con pelo largo... eso en mi época no"* (Ven-M, 80).

Las actividades en esta primera fase de formación en el hospital están centradas en el acompañamiento a las/os profesores, sin la asignación de mayores responsabilidades: *"te dejaban tocar al paciente, auscultarlo y te preguntaban: '¿Qué oyes?'"* (Col-M, 90), *"en primer año ya se podía ir a un hospital como voluntario y poder hacer las suturas, y todo eso"* (Bol-H, 00), *"hay una asignatura que es semiología que es una preparación para el hospital porque ves parte práctica y parte teórica... y haces lo más básico, aunque siempre estás respaldada y cualquier error lo asumen los grandes [risas]"* (Nic-M, 00), *"al principio las actividades se ven limitadas a la historia clínica: tú ibas interrogabas al paciente, hablabas con él, lo auscultabas. El contacto era de examen físico"* (Col-H, 00). Asimismo, son realizadas las prácticas de asignaturas teóricas, como por ejemplo, las que implican la utilización de cadáveres: *"son más difíciles los vivos que los muertos [risas]. No, con los cadáveres no tuve problemas"* (Natalia, 29), *"los cadáveres en el anfiteatro son como muñecos, no huelen a nada, solo a formol y no pasa nada"* (Sara, 40), *"tener un cadáver y cortarle... la primera vez impresiona, el olor es desagradable pero no es podrido es a formol, pero luego ya me gustaba porque era ir a la morgue para abrir la mano, buscar los nervios, los músculos, los tendones... es muy interesante"* (Javier, 45). Sin embargo, algunas personas también experimentan reacciones contrarias a estas prácticas: *"había compañeros a los que les costaba más, que no eran de los que estaban al pie del cadáver cortando sino que estaban en un segundo plano, que no podían comer"* (Marta, 36).

En la segunda etapa de formación de preinternado, empiezan las rotaciones por las especialidades, y son asignadas mayores responsabilidades: *"después en cuarto y quinto año se pasa a ser preinterno. Ahí sí tienes más grado de responsabilidad y asumías en parte los errores..."*

*aunque el residente<sup>80</sup> siempre está contigo*” (Nic-M, 00). Sin embargo, en casos extremos, tal vez debido a la escasez de personal médico, se asumen funciones de mayor complejidad: *“como yo era la única que estaba, de pronto me coge una enfermera por un brazo y me dice: ‘¿Tú no eres la pediatra?’ y yo: ‘No, no, yo soy preinterna, la pediatra salió’, y me dice: ‘No, no, tú eres la pediatra ahora y hay un parto que atender’”* (Rdo-M, 90).

El tercer periodo es el internado, el cual coincide para todos los países, épocas e instituciones, en la denominación, y en llevarse a cabo en el último año de carrera. En esta etapa se asumen más responsabilidades médicas en el hospital y la formación está centrada en las especialidades: *“ya eres médico pero siempre estás con un tutor, pero ya eres un poco más independiente. Vives en el hospital, duermes, comes, todo en el hospital... es una inmersión total”* (Col-M, 90), *“rotas por las especialidades y por diferentes hospitales y regiones, y ya tienes muchas responsabilidades con los pacientes”* (Per-H, 90). Aún cuando este periodo hace parte del programa de la carrera, la asignación deficiente de presupuesto a los sistemas sanitarios en Latinoamérica, hace que en el internado las instituciones hospitalarias empleen a las-os estudiantes como parte del personal médico: *“de hecho allí y en toda Latinoamérica el interno es como aquí un residente... hace todo”* (Rdo-M, 90), *“en mi país por la falta de recursos ya casi eres un residente por la carga de trabajo”* (Nic-M, 00). Estas actividades asumidas por las-os internas-os, en algunas oportunidades están remuneradas: *“era un sueldo muy bajo, un médico ganaba por decirte 500€ y el estudiante 200€”* (Ecu-H, 90), *“te dan una cantidad cada seis meses, y es nada comparado con el solo pasaje que tienes que pagar para ir al hospital. Pero por lo menos al ser una universidad pública te pagan algo, porque en la privada uno tiene que pagar por hacer el internado”* (Bol-H, 00). Sin embargo, en la mayoría de los casos el internado no es remunerado, constituyendo una explotación de las-os estudiantes de medicina: *“eso lo entiendes ahora porque en ese momento solo eras una mano de obra barata... ¡No, gratis! Porque no hay ningún tipo de remuneración”* (Col-M, 90), *“obviamente en nuestros países el internado y el servicio social es un médico gratis”* (Mex-M, 90).

Durante este etapa a las-os estudiantes les son asignadas varias responsabilidades, siempre bajo la supervisión de residentes y médicas-os especialistas, como la atención de pacientes: *“siempre tenías un supervisor pero tú ya cogías al paciente, entonces es tuyo y tú lo terminas”* (Ecu-H, 90), la supervisión de las-os estudiantes que están en la primera etapa de la formación de prácticas: *“y además estás a cargo de los estudiantes”* (Per-H, 90), así como la asistencia a clases y la realización de guardias: *“tienes clases... pero ya no puedes hacer tantas preguntas”* (Col-H, 00), *“estás 365 días en un hospital... los sábados y domingos vas por menos horas, pero igual*

---

<sup>80</sup> Residente: profesional médico en formación de una especialidad de medicina

*tienes que ir” (Bol-H, 00). En cuanto a las prácticas con la-el paciente, y correspondiendo al nivel de responsabilidad asignada a este periodo de internado, pueden ser realizados bajo supervisión diferentes procedimientos en las rotaciones por las especialidades: “podíamos hacer de todo, pero íbamos lenta y progresivamente y supervisados” (Ven-H, 80), “atender los partos con supervisión, hacer cirugía menor como una sutura o una cura profunda, entrar de ayudante en las cirugías, colocar órdenes médicas” (Bol-H, 00), “aprendíamos los procedimientos de cada especialidad: a suturar en cirugía, partos en ginecología” (Per-H, 70), “en pediatría hacías toda la valoración de los niños. En cirugía poder entrar de primer ayudante a todas las cirugías que puedas... pero solo veías porque era muy difícil que pudieras hacer una cirugía como una apendicetomía” (Ecu-H, 90), “en cirugía pude hacer apendicetomías, pero siempre supervisadas por mi adjunto, nunca lo hice solo” (Col-H, 00).*

Sin embargo, si por una parte esta práctica educativa cumple con el objetivo de la preparación para ejercer la medicina justo después de la graduación, en contextos de escasez de personal médico puede llevar a las-os internas-os a enfrentar situaciones que superan su nivel de formación y responsabilidad: *“si todos los profesores están en cirugía, tú recibes los pacientes en Urgencias y los tienes que estabilizar y subirlos a cirugía. Y eso es mucha, mucha responsabilidad. Gracias a dios que están las enfermeras y ellas saben muchísimo, y las que son buenas personas pues te ayudan un montón” (Col-M, 90), “si el residente estaba en cirugía entonces los internos teníamos que cubrir Urgencias, y solo en casos que no pudiéramos manejar llamábamos al residente. Y eso siendo interno estresa bastante y te sobrecarga muchísimo de trabajo” (Nic-M, 00). Por otra parte, la evaluación de este ciclo formativo consiste en preguntas orales sobre las-os pacientes que se están tratando: “te obligaban a estudiar mucho, pero era porque los pacientes que tenías eran los exámenes diarios” (Mex-M, 90), “el profesor hacía una ronda de preguntas clínicas ya relacionadas con el caso, y las preguntas eran de acuerdo a la escala: del preinterno, que se supone que es el que menos sabía, al residente mayor” (Rdo-M, 90). De otra parte, y en el caso que el motivo de la consulta o procedimiento interfiera con la ideología y creencias de las-os estudiantes, éstas-os pueden negarse a atender al paciente y a realizar un determinado procedimiento médico: “siempre está la posibilidad de la objeción de conciencia, ya sea por tu ideología o por tus creencias morales. Claro, que también depende de la universidad. En mi caso, como era pública había más libertad de pensamiento, que por ejemplo, en las universidades católicas” (Manuel, 30).*

Por último, las rotaciones que se realizan en el internado tanto entre especialidades, entre instituciones hospitalarias de diversa índole, como entre regiones del país e inclusive del extranjero, constituyen las primeras experiencias de movilidad profesional en la medicina. Asumiendo que la

movilidad en términos generales, presenta dificultades: *“siempre que cambias de rotación por una especialidad, los primeros días son terribles hasta que ya aprendes a manejarlo todo”* (Natalia, 29), estas experiencias enfrentan a las-os estudiantes de medicina a situaciones de aprendizaje muy diversas. Por ejemplo, en el caso de la movilidad geográfica pueden adquirir conocimientos en entornos con altas condiciones socioeconómicas: *“los últimos tres meses del internado vine a España a hacer oncología y estuve en un hospital público en Barcelona y en un hospital privado en Madrid... vi las dos caras del sistema español”* (Leticia, 27), o por el contrario, pueden enfrentarse al ejercicio de la medicina en regiones muy complejas, como las zonas rurales y con escasos recursos de Latinoamérica:

Eso sí que me parece una irresponsabilidad total, porque tú estás en un pueblo, y no tienes ni idea porque no tienes la experiencia y te sueltan. Entonces yo sé cosas, pero hay muchas cosas que te aseguro que se me pasaban a mí y a mis compañeros. Y la gente confía en ti y hay muchas cosas que tú no sabes y que no las puedes manejar, es que encima ni lo diagnosticas. Habrán muchos que lo puedan hacer, pero también hay muchas irresponsabilidades, de tener a lo mejor un coordinador de Urgencias y cinco internos y con un volumen de pacientes que no para. Es que son cosas opuestas... en mi país por hacer mucho, mucho, mucho estás tirado en un pueblo y tienes que hacer una cesárea porque se muere y tú lees el libro y estás con el libro abierto, a pasar aquí que no les puedes tocar un dedo. Claro, lo que viví allá no tiene precio... es una experiencia y aprendizaje increíbles (Col-M, 90).

## **Relación médica-o/paciente**

Ahora bien, si como se ha venido describiendo el énfasis de la formación en las instituciones hospitalarias es la atención de las-os pacientes, el aprendizaje tanto teórico como práctico de la relación que debe ser establecida entre médica-o y paciente, recobra una especial importancia: *“la mejor forma de estudiar es viendo pacientes, es lo más enriquecedor”* (Arg-H, 00). En este sentido, el aprendizaje de la atención a las-os pacientes, lo conforma tanto elementos teóricos como prácticos. En cuanto a la teórica, se ha experimentado un cambio de paradigma, de un marco paternalista a uno de horizontalidad en dicha relación: *“siempre nos orientaban a que la medicina ya no es paternalista, donde la palabra del médico es lo máximo. Ahora no, el paciente entra también a tomar muchas decisiones a la hora de hacer un tratamiento. Y que cada vez más el paciente es como un cliente”* (Col-H, 00), *“aprendí muchísimo a acercarme a la gente, a demostrarles que pueden confiar en uno. Y todo eso se logra porque los médicos se bajan de su pedestal y hablan con los pacientes”* (Arg-H, 00), *“de no tener una medicina paternalista o una medicina que el médico lo sabe todo y el paciente no es nada”* (Bol-H, 00), *“ahora tenemos que dejar que el paciente hable y yo lo que tengo que hacer es guiar la entrevista. Y es muy*

*importante no hacer juicios de ninguna clase” (Col-M, 10). En este marco, los conocimientos teóricos generalmente se imparten en las clases y en las rotaciones por las especialidades. Las clases teóricas incluyen diversas temáticas: “teníamos prácticas de empatía, de lenguaje corporal, del lenguaje visual, cómo dirigirse a las personas, veíamos vídeos de cómo debía hacerse... Que primero lo practicábamos entre nosotros bajo la supervisión de un profesor y veíamos cual era la dificultad en el trato médico-paciente” (Bol-H, 00), “tienes clases de cómo hablar con el paciente, cómo dar una mala noticia, cómo enfrentar un duelo, la parte ética” (Col-M, 00), “tenemos asignaturas teóricas y cuando llegas a tercer año te ponen de frente con pacientes ficticios, con actores y te filman” (Col-M, 10). Asimismo, en las diferentes rotaciones se hacen las indicaciones correspondientes a cada especialidad: “no había clase específica pero cada vez que rotabas por un servicio te decían como tratar al paciente. Por ejemplo, en gineco no decirles: ‘Mamacita’ o ‘Mami’, sino por su nombre. Es que no puedes decirle ‘Mamacita’ y hacerle un tacto vaginal” (Mex-M, 90).*

Las prácticas del aprendizaje de la relación médica-o/paciente, se realizan también de forma progresiva: *“el primer contacto médico-paciente se tiene al tercer año, donde aprendes a hacer una historia clínica. Y el progreso ha sido paulatino en cuanto al contacto con el paciente” (Bol-H, 00). En este sentido, las primeras aproximaciones al paciente no dejan de ser una experiencia expresada tanto en términos de excitación: “la primera vez que estás con un paciente... es apasionante” (Marta, 36), como también de inseguridad: “siempre con mucho miedo de equivocarse, de no saber qué es, de sentirse muy ignorante” (Alejandro, 30), “al comienzo sufres mucho porque muchas veces no tienes ni idea de cómo son las cosas” (Víctor, 42), “la primera vez que tuve que decir que alguien se murió, pues lloré también con la paciente” (Natalia, 29). Una parte fundamental de este aprendizaje es la realización de la historia clínica, sobre la cual se refleja, desde los relatos, una gran similitud en cuanto a los países y la época de realización de la carrera médica:*

Semiología médica es el preguntar al paciente, y empezábamos desde el tercer año. La parte más importante de la historia clínica es el interrogatorio, es la relación médico paciente, es lo primero. Y cuánto más tiempo le dediques más posibilidades hay de que des con el diagnóstico preciso. Entonces a nosotros nos dejaban una hora, hora y media con cada paciente. Y después venía el adjunto y nos revisaba uno por uno las historias, delante del paciente (Ven-H, 80),

Primero empiezas a ver pacientes con el profesor. Ya en las clases siguientes aprendes a hacer la historia más completa que no vuelves a hacer jamás en tu vida, porque gastas una hora, hora y media con cada paciente. Y claro, ahí ya lo sabes todo sobre el paciente: si su casa era de tierra, si tenía servicios públicos en la casa... Que normalmente en las

consultas nunca se pregunta. Después se socializaba con los compañeros y el profesor para ver si estuvo bien orientada o no (Col-H, 00).

Una vez superada la fase de acercamiento al paciente mediante la historia clínica, se enfatiza en el contacto con las-os pacientes durante las rotaciones. Las rotaciones generalmente son realizadas en hospitales universitarios que acogen tanto estudiantes de carrera como de especialidad, lo que implica una relación un poco lejana e instrumental con las-os pacientes: *“al pobre lo tiene que tocar el interno, el estudiante, el residente, luego viene el especialista. Entonces no hay relación porque con tanta gente ahí encima diciéndole: ‘Señora, me deja por favor mirarle otra vez el soplo’”* (Col-M, 90), *“se intentaba siempre mantener una atención como personalizada con el paciente, llamar al paciente por su nombre, ser un poco más cercano. Pero también había médicos que nunca se dirigían al paciente”* (Rdo-M, 90).

Si bien los nuevos paradigmas en la enseñanza de la relación médica-o/paciente hacen hincapié en la horizontalidad entre las partes, existe una alta carga valorativa entre profesionales y pacientes. En el caso de las-os pacientes hacia las-os médicas-os, se hacen (pre)juicios, por ejemplo, por cuestiones de género: *“llega un paciente y si yo estoy con un enfermero, a él le dicen ‘Doctor’ y a mí ‘Seño’ [risas]. ‘No, que yo soy la doctora’. ‘Ah, sí, Seño, ¿pues sí, Doctor?’ hablándole al enfermero”* (Patricia, 30). En caso contrario, de las-os médicas-os hacia las-os pacientes, aunque durante la enseñanza este aspecto es tenido en cuenta, se suelen realizar juicios valorativos de diversa índole: *“es que tú no eres nadie para juzgar, además eran pacientes que me estaban dando la oportunidad de aprender con ellos, pero si te soy sincera a muchos de mis pacientes yo les hablaba de dios, porque sentía que estaba ahí por eso”* (Sara, 40), *“es que te enfrentas día a día con tipos de personalidades tan diferentes: personas agresivas, depresivas...”* (Víctor, 42), *“mi postura básicamente es en contra del aborto, o sea, transexualidad, homosexualidad... no tengo ningún problema con eso. Tú te niegas con delicadeza, sin juzgar, y buscas a un compañero que lo pueda hacer”* (Mauricio, 30), *“estaban 25 mujeres pariendo a la vez... bueno, eso es como una fábrica de delincuentes, porque además es una zona marginal y alguno de ellos a lo mejor cuando tengan quince años, atraca al médico que va en un mercedes al hospital”* (Javier, 45), *“el internado lo hice en un hospital privado donde no era común ver personas de bajos recursos”* (Leticia, 27). Esta jerarquización de las personas por categorías sociológicas como el género, la clase y la orientación sexual, entre otras, podría a nivel individual no interferir con la adecuada atención al paciente, ya que ésta debe ser llevada a cabo por la-el médica-o obligatoriamente, o de lo contrario ser derivada a otra-o profesional. Sin embargo, cuando esta distinción se realiza en términos institucionales, constituye una diferenciación en la calidad de la atención sanitaria a la población:

Las prácticas de mi universidad eran en un hospital que atendía pacientes asegurados, y nosotros íbamos con mucho respeto porque el asegurado es mucho más exigente, a diferencia de los hospitales subvencionados por el gobierno y que eran para gente pobre. Entonces la relación es diferente porque no podíamos estar como en otros hospitales, que están ahí con el paciente un montón de estudiantes y todos auscultando y todos tocando (Manuel, 30).

## Estructuras jerárquicas

Junto al aprendizaje clínico y de la relación médica-o/paciente, el periodo de formación en los hospitales también ofrece el entorno propicio para el acercamiento a las estructuras jerárquicas que son establecidas en estas instituciones. En este sentido, se pueden identificar varios tipos de relaciones jerarquizadas que se establecen de acuerdo a categorías tales como la especialidad: *“las jerarquías también son muy marcadas entre especialidades, por ejemplo, es común que los cirujanos levitan y después está el resto. Yo no creo que tengan nada en especial, pero ellos creen que lo tienen todo [risas]”* (Col-M, 10); la posición en la estructura organizacional: *“no es una diferenciación tácita, no es que los enfermeros no se vayan a sentar con los médicos, o que los médicos no se sienten con las directivas, pero de todas maneras cuando llegas a la cafetería están los grupos de estudiantes, médicos, enfermeros, directivas... Y, claro, tú estás con los que más interactúas”* (Per-H, 70); así como entre estudiantes de universidades públicas y privadas que coinciden en un mismo hospital en el momento de las rotaciones:

La gente se forma muchos prejuicios porque ya van como predispuestos a que uno va a entrar con aires de grandeza, o que uno va a discriminar de alguna forma. Y los docentes de los hospitales, al ser nosotros de universidad privada, como que nos menosprecian y creen que los que están en la pública tienen un mayor conocimiento, sin tomar en cuenta que son hasta los mismos docentes y donde la práctica la estamos haciendo en los mismos hospitales. Entonces, al final, nosotros hacíamos un sobre esfuerzo para sobresalir y los de la pública hacían menos (Nic-M, Privada, 00).

Las relaciones jerárquicas se establecen también con otras-os profesionales sanitarias-os, especialmente con enfermería. Sin embargo, esta jerarquización es ejercida sobre enfermería y, a la vez, de esta profesión sobre los estudiantes. En el caso de las-os médicas-os al personal de enfermería, podría ser explicada en parte por el grado de responsabilidad que cada profesional tiene frente al trabajo: *“es una jerarquía que conlleva una decisión pero al mismo tiempo una responsabilidad, o sea, las enfermeras y auxiliares ejecutan la orden médica. Y en última instancia, son responsables de haberla hecho pero no de por qué se hizo”* (Col-H, 00). De la misma forma, es ejercida una relación jerárquica de las-os profesionales de enfermería sobre las-os estudiantes e internas-os de

medicina: *“con Enfermería uno interactúa cuando ya es residente por la misma jerarquía que existe. Ahí es cuando las de enfermería se desquitan de los médicos... con los estudiantes y los internos [risas]”* (Bol-H, 00), *“cuando eres estudiante eres el escalafón más bajo del hospital... por debajo de las enfermeras y como vas rotando, no tienes tiempo ni para establecer una relación con ellas”* (Mex-M, 90), *“no era nada fácil y te tratan como feo cuando eres estudiante... aunque son muy buenos en su trabajo de tantos años de estar ahí”* (Col-M, 90). Sin embargo, esta relación está mediada por la tensión, por una parte, por el reconocimiento a su experiencia y a la oportunidad de aprendizaje: *“se aprende mucho de los auxiliares y de las enfermeras que llevan más tiempo allí”* (Chi-M, 00), *“es como una relación para que aprendas. Pero ellas son otro mundo... no te sientas ni a hablar con ellas”* (Col-M, 90). Y de otra, por la posición de ser estudiante pero aún así, dar órdenes médicas: *“no quieren que un interno les de órdenes, ni le creen a uno nada”* (Col-H, 00), *“tú por más que seas externo o interno eres el médico y por más que ella tenga años de experiencia, te ayudará, pero es la enfermera”* (Per-M, 90).

Es posible encontrar dos estructuras jerárquicas más, en cuanto a los géneros y a los escalafones dentro de la misma profesión médica. Con respecto a los géneros, y como se mencionó anteriormente, para el periodo de estudio la proporción de mujeres que cursan medicina es igual o en algunos casos mayor a la de los hombres. Esta nueva situación crea conflictos con la tradicional estructura patriarcal de la profesión médica en diferentes tipos de escenarios. Por una parte, está la relación entre profesores, en la que aún persiste una mayoría de hombres frente a una minoría de profesoras: *“la mayoría eran hombres, pero eran un mundo aparte, no te enterabas mucho de ellos”* (Mex-M, 90), *“sí había profesoras pero la mayoría eran hombres... lo mismo que los jefes de servicio”* (Ven-M, 00), *“la mayoría eran hombres, obvio. Pero dentro de las pocas profesoras que tuve la mayoría eran mujeres solteras, o casadas pero sin hijos, y muy, muy consumidas en su trabajo. Y claro, evidentemente no encajaban mucho en el molde”* (Col-M, 10). De otra parte, la mayoría de hombres en cargos de poder como profesores y adjuntos, y a la par, una mayoría de mujeres como estudiantes, establece estrategias en algunos de los docentes de aceptación y cambio: *“ya los profesores estaban acostumbrados a que eran más mujeres”* (Ven-M, 00), *“tengo un profesor que es una eminencia, pero era supremamente machista. Y bueno, pues tuve la oportunidad de verlo durante varios años y vi como fue cambiando su mentalidad año tras año, porque es una realidad que ahora hay más mujeres médicas”* (Col-M, 10s). Sin embargo, para otros sigue estando presente la imposición del ejercicio de relaciones sexistas: *“eran muy evidentes y se los decían de frente y decían cosas que no tenían mucho sentido”* (Bol-H, 00), *“sí se escuchaban rumores de que ciertos profesores eran un poco babosos”* (Arg-H, 00), *“siempre hay algún profesor que se inclina un poco más hacia las chicas muy simpáticas y que al ser*



*hombre pues se va por ese lado” (Ecu-H, 90), “no sé si llega a afectar a la práctica clínica sino más bien el hecho de aparentar: ‘Yo soy el doctor y ella es la doctorcita’. Al revés, entre mujer jefe y por ejemplo un interno, nunca lo he visto” (Esp-M, 00). De igual forma, otro aspecto son las prácticas de flirteo que se reconocen como frecuentes, pero que, por una parte, tienen posibles complicaciones en el trabajo, y por otra, se normalizan porque siguen en algunos casos las estructuras jerárquicas establecidas:*

Me daba cuenta que en el momento en que varias de mis compañeras salían con los residentes o con profesores a tomar algo, la línea entre profesor y estudiante mujer era una línea supremamente delgada y empieza eso a transgredir en otros aspectos. Porque eso de coquetear en la mitad del quirófano... yo creo que no (Col-L, 00).

Se nota que un residente puede hablar con una interna, tiene más oportunidades de flirteo que uno menor. Por ejemplo, una interna no podría estar con un estudiante de tercer año, o una residente de tercer año no puede estar con un interno... pero sí puede ocurrir al revés, es más, varias personas han terminando siendo parejas pero guardando esta jerarquía (Bol-H, 00).

La igualdad en la proporción de mujeres cursando medicina, afecta también las relaciones entre estudiantes: *“cambia mucho a como era antes, porque la medicina era una carrera de hombres, pero no, ahora es así” (Bol-H, 00). Estos cambios se hacen relevantes en torno a los logros académicos, que oscilan entre el estereotipo de un mal clima debido a la presencia de mujeres: “las mujeres me parecen más competitivas, entonces el ambiente es más difícil. A mí siempre me gustaba trabajar más con chicos. Bueno, pero con chicos aplicados porque también a veces hay unos que son muy vagos” (Col-M, 00), hasta el reconocimiento de la superioridad académica de ellas: “no es por nada pero éramos las que más estudiábamos, las más responsables” (Ven-M, 00), “cuando empezamos éramos menos de la mitad, pero acabamos más mujeres que hombres” (Col-M, 90). Asimismo, las situaciones de sexismo cotidiano entre estudiantes, están matizadas por el porcentaje de mujeres en la carrera. De una parte, las estudiantes de medicina expresan no sentir discriminación cuando son la mayoría: “yo no sentí ningún trato discriminatorio o de acoso porque éramos mucho más mujeres. De pronto en las ingenierías que son menos, ellas sí pueden sentir este tipo de cosas” (Ven-M, 00), “me acuerdo que en el último examen de la carrera se voltea un compañero de clase y me pregunta: ‘¿Pero qué habéis hecho con los chicos?’ y le dije: ‘Nos los hemos comido’ [risas]. Pero es que era una proporción casi ridícula, de siete a uno. Y en mi orla solo hay un chico” (Esp-M, 00). En contraste con la situación en la cual hay igual proporción entre hombres y mujeres, reconociendo también la existencia de machismo en las mujeres:*

Entre compañeros no había sexismo, pero todas las mujeres éramos machistas hasta cierto punto. Mi grupo era muy liberal porque éramos hijas

de madres separadas y profesionales. Y esto era un poder sobre las otras. Pero al final, aunque sabíamos que podíamos hacer lo que quisiéramos, al final hacíamos lo que era conveniente para los hombres, o lo que ellos querían: les dejábamos los mejores lugares, cuando llegaban tarde les guardábamos el lugar, si íbamos a comer les daban el trozo de carne más grande, o simplemente nos peleábamos por ellos y no por favores sexuales, sino simplemente por tener su amistad. Y ellos lo sabían muy bien. Ellos jugaban fútbol y tú eras la porrista... es que ¿qué más quieres? [risas] (Mex-M, 90).

Por último, en el periodo formativo en instituciones hospitalarias también es transmitido e interiorizado el escalafón entre profesionales de la medicina. En términos generales, esta jerarquía en la atención clínica está dada, de arriba hacia abajo, por las-os jefes de servicio, jefes de sección, adjuntas-os, residentes por año (R5 hasta R1), internas-os y estudiantes. Esta jerarquización está justificada como una cadena de responsabilidades acordes a la experiencia, y también como un método de enseñanza y aprendizaje: *“la jerarquía se basa en los años de experiencia”* (Par-M, 00), *“hay una jerarquía que no es por edad sino por mérito y por trayectoria, donde el interno aprende de los residentes y así. Claro, pero también la responsabilidad va así, el R3 tiene la responsabilidad de que su R1 sepa las cosas, porque si él no se las sabe el que queda mal es el residente mayor”* (Ven-H, 00), *“definitivamente la jerarquía existe y sobre todo para poder aprender y para poder supervisar este aprendizaje. Y lo sientes de una forma natural, porque el que está superior a ti te tiene que ir enseñando. Y estamos acostumbrados a enseñar y a que nos enseñen todo el tiempo”* (Per-H, 70). Esta jerarquización como método de enseñanza está valorado positivamente debido a la exigencia académica de la evaluación frente a las-os pacientes, estudiantes y profesores: *“viene bien, porque realmente aprendes y aparte estás totalmente expuesto al escarnio público, porque cuando te están preguntando y está todo el mundo mirándote a ver si sabes o no sabes, eso hace que probablemente te sientas más presionado para estudiar y saberte las cosas”* (Col-H, 00), *“a la fuerza te obliga a estar a las seis de la mañana, ver tus pacientes y conocértelos al derecho y al revés. Y también el procedimiento que vas a hacer te lo sabes muy bien, porque si no te botan del quirófano”* (Per-M, 90).

No obstante, cuando la estructura jerárquica se refiere a una cadena de mando y responsabilidades, el grado de intensidad en este tipo de relaciones adquiere otros matices referentes al cuestionamiento de la misma: *“la medicina en general en Latinoamérica es muy militarizada, muy en plan jerarquías, y tú tienes que obedecer al que está por encima de ti y no te puedes negar”* (Rdo-M, 90), *“a mí me parecía ridículo que el residente de tercero explote al de segundo, y así. Y que haya un sistema jerárquico, como militar”* (Par-M, 00), *“entiendo que ellos han vivido lo mismo y que es la idea de que así se tiene que aprender la medicina. Yo no creo en eso, se puede aprender de formas diferentes”* (Col-M, 10). Esta jerarquización se

materializa en prácticas cotidianas que abarcan diversos escenarios en la vida del hospital: *“no te sientas a comer con tu residente mayor... con el adjunto menos”* (Col-M, 90), *“eras el ayudante del médico, te traía en el bolsillo y cuando había que hacer algo te sacaba”* (Mex-M, 90), *“si el residente quería un café pues tú vas y lo compras”* (Ven-M, 00), *“el interno es el que no duerme, el que siempre hace las historias, el que siempre lleva y trae las cosas”* (Bol-H, 00), *“no puedes hablarles de tú, todo es de usted y mucho menos socializar”* (Per-H, 90), *“te maltratan tanto como R pequeño que cuando llegas a R mayor, pues sientes que ahora es la época de venganza”* (Ven-M, 00). Sin embargo, estas prácticas pueden ser modificadas por las facultades: *“en mi universidad siempre había una relación muy abierta y muy horizontal entre profesores, residentes y estudiantes”* (Col-H, 00), y por las personas: *“sí es verdad que existe una estructura jerárquica, pero depende de la forma de ser de cada uno, porque el que quiere hacer jerarquía puede llegar a lo último y pisar al de más abajo”* (Ven-M, 00), *“había de todo, el médico que era cercano, había el otro más distante, había el que tú podías preguntarle o plantearle cualquier problema y te iba a ayudar, había otro que ni te le acercaras porque era un ogro... como en todo”* (Ven-H, 80).

## **Guardias hospitalarias**

Por último, a la par del aprendizaje de los procedimientos médicos, de la relación médica-o/paciente y de las estructuras jerárquicas, el periodo de formación práctica contempla también la realización y entrenamiento en los turnos o guardias hospitalarias. Los motivos por los cuales se hacen guardias abarcan un rango bastante amplio. De una parte, está la gestión de los recursos de profesionales médicos y del servicio del hospital: *“nunca nos explicaban, pero es que necesitan ahorrar costos de personal”* (Col-M, 00), *“las enfermedades no tienen horario, entonces siempre tiene que haber un personal que esté pendiente y dispuesto a atender cualquier tipo de eventualidad”* (Col-H, 00). También pueden estar justificadas por la tradición: *“históricamente ha sido así... ¡Mi abuelo hacía guardias de 24 horas! [risas]”* (Chi-M, 00), *“las guardias se siguen haciendo por tradición, es que no hay por qué seguir haciéndolas”* (Mex-M, 90), *“esa es una pregunta que también me he hecho... no lo sé, creo que es porque se va arrastrando como tradición”* (Bol-H, 00). Así como son utilizadas como método de enseñanza: *“tienen sentido porque realmente por la noche, cuando hay menos gente, es cuando aprendes”* (Col-H, 00), sin embargo, los resultados de las guardias como práctica de enseñanza dependen del servicio y del lugar donde se realicen: *“en 24 horas podrás ver situaciones vitales... dos a lo sumo y a veces no ves ninguna. Situaciones críticas también podrás ver unas dos. Pero claro, eso depende mucho del sitio donde estés, si estás en una ciudad, en medio de un conflicto o en el campo”* (Uru-H, 90).

La realización de guardias en el periodo de formación universitaria va acompañada de diferentes grados de responsabilidad, correspondiente al ciclo de formación: *“de estudiante no tienes que hacer mucho, son un poco aburridas. Luego ya de interna las guardias sí son terribles, a veces ni puedes dormir. Y si eres interno único porque nadie más se inscribió en esa rotación, entonces toda la noche seguida sin descansar”* (Col-M, 10). En este sentido, en el periodo de internado los turnos representan un alto grado de responsabilidad y estrés, directamente proporcional al servicio en la cual se están realizando: *“una guardia de urgencias no daba tanto miedo porque estaba ahí todo el personal que te supervisaban, pero una guardia de una planta de hospitalización sí daba un poco más de miedo porque ahí estabas solo y para que viniera un médico de urgencias pasaban 15 minutos... sí es que venía. Entonces sí, era mucho más estresante”* (Ven-H, 00), *“no es lo mismo hacer 24 horas de psiquiatría, que hacer 24 horas de urgencias, o de cirugía, es diferente, la exigencia es diferente”* (Uru-H, 90). Estos niveles de estrés se agudizan debido a la exigencia en los horarios, tanto de las guardias como de la formación universitaria: *“eran 36 horas, porque nosotros entrábamos a las 7 de la mañana a clase, el turno comenzaba como a la una, luego la guardia, y al día siguiente era clase y turno diario”* (Nic-M, 00), *“son de 24 horas pero siempre teníamos al otro día algo docente. Entonces terminaba uno estando en el hospital 36 horas”* (Col-H, 00).

No obstante, y aunque es cuestionada la duración de estas prácticas en la carrera proponiendo su disminución en cuanto a tiempo y funciones, de la forma tradicional como se vienen realizando, tienen como consecuencia el agotamiento físico que puede conducir a errores: *“el médico cansado es una situación peligrosa. Pero que fortalece un poco el carácter... sí que lo fortalece”* (Uru-H, 90), *“precisamente el proyecto de investigación que hicimos para graduarnos fue eso, los errores médicos que ocurren por hacer guardias tan largas. Y hay mucho publicado a cerca de eso”* (Col-M, 00). Ante esta situación las/os estudiantes generan varias estrategias para combatir el cansancio y el sueño: *“dormir cinco minutos de vez en cuando, o tomar ocho tazas de café al día”* (Col-M, 10), *“abusos del café y del Redbull, pero el mismo cuerpo va respondiendo y se adapta”* (Nic-M, 00), *“cuando estás cansado y piensas que no te queda nada más, te siguen llegando cosas, porque la ansiedad de leer mal un electro o errar en un diagnóstico te despierta, te quita el cansancio, te quita el dolor del cuerpo y te pones a estudiar”* (Arg-H, 00).

## **Servicio social obligatorio**

Terminado el periodo de la formación médica, y una vez obtenido el título de medicina, comienza el trámite burocrático de la expedición del registro, matrícula o cédula médica, según el país, para poder ejercer la

profesión legalmente. Asimismo, exceptuando Argentina y España, el resto de países que hacen parte de la investigación tienen como requisito previo a la autorización para la práctica de la medicina, la realización de un periodo de servicio social, preferiblemente en áreas rurales y que oscila entre los seis meses y dos años de duración: *“el gobierno te contrataba un año e ibas a zonas rurales o urbano-marginales, los cinturones de pobreza, a atender a la gente”* (Per-H, 70), *“te mandan a trabajar a sitios donde nadie quiere ir de forma obligatoria... justamente porque nadie quiere ir, pero te pagan y te pagan bien”* (Ven-H, 00). El servicio social presenta diferentes modalidades según el país y la época. En cuanto a la duración, en Nicaragua son dos años, en Bolivia y Paraguay está estipulado que sean tres meses del internado, y para el resto de países es un año de servicio. Este requisito aunque es de obligatoriedad para ejercer la medicina en el respectivo país, no es necesario cumplirlo, o la duración es menor, si la práctica de la profesión es en el extranjero: *“si tenías intención de irte del país solo tenías que cumplir un año”* (Nic-M, 00), *“mi prima no lo hizo porque tenía clarísimo que se iba a ir a Estados Unidos, y que ese año no le iba a servir de nada”* (Col-H, 90), *“hice el rural porque yo no sé si voy a regresar a Venezuela o no, y no pensaba hacer el rural con 40, 50 años”* (Ven-M, 00). Asimismo, es requerido a las-os extranjeras-os que quieren ejercer en ciertos países de Latinoamérica: *“lo mismo los extranjeros, homologan pero también tienen que hacer el año rural”* (Ecu-H, 90), así como para ingresar a la especialidad: *“si quieres hacer la especialidad tienes que hacer ese año de trabajo para el Estado, donde te ponen muy lejos”* (Per-M, 90).

En general, la asignación del lugar de realización del rural, como se le denomina a este año de servicio en la mayoría de países de Latinoamérica, está a cargo de las instituciones del sistema de salud, empero, pueden haber algunas excepciones como el eximir de la realización de éste por falta de cupos: *“hay tantos médicos que no hay suficientes plazas y heme aquí: ¡Somos eximidos del rural porque no hay cupo!”* (Col-M, 10), el esperar hasta poder acceder a un cupo: *“es un desastre porque a pesar de haber muchos lugares eran más los recién egresados peleándose por una plaza... y si no haces este año no te dan la licencia para ejercer”* (Rdo-M, 90), o el tener que buscarlo por cuenta propia: *“empieza la búsqueda del rural... tú ibas a los hospitales, te presentabas y te llamaban”* (Col-M, 00). En España, no se exige este tiempo de servicio social, en su lugar las-os egresadas-os se dedican a preparar el examen de ingreso a la formación especializada MIR: *“lo que hace el 96% de los estudiantes es prepararse el MIR. Terminas en junio la carrera y te preparas el MIR para el mes de enero del año siguiente, o sea, en seis meses”* (Esp-M, 00).

Como se mencionó con anterioridad, una de las características de la formación médica en Latinoamérica es preparar a las-os profesionales para ejercer la medicina en zonas rurales con escasos recursos. En este sentido el

servicio social obligatorio representa por una parte, la primera práctica como profesional de la medicina y, por otra, la primera experiencia de movilidad laboral en los casos de desplazamiento del lugar de formación. Asimismo, enfrenta a la persona recién egresada al ejercicio inmediato de la práctica médica: *“quizás terminar el internado, saber que ya eras médico y que podías, pues, defenderte en la vida. Y cuando estás en el rural, es saber que tú estás atendiendo un paciente y que eres capaz de atenderlo, ¿no?, saber que eres capaz de solucionar su problema”* (Pedro, 57), sin embargo, en algunas ocasiones en condiciones de alta responsabilidad:

El primer día de rural fue... ¡es que hasta el viernes era el interno y el lunes era el doctor de urgencias! Y ese día terminé llorando con mi compañero a las ocho de la mañana del cansancio físico y del estrés que habíamos tenido. Se nos murieron como cuatro pacientes, tener que decidir a quién salvar primero, o sea, todo. Ese día vi todas las urgencias que podían existir: borrachos, heridas de cuchillo, partos, balazos, accidentes de tráfico, quemaduras... Y todo en una noche. Pero ahí me di cuenta que estábamos muy bien preparados. Y el estrés no era por miedo a lo que hubiera que hacer, sino por exceso de trabajo y complejidad de los pacientes (Víctor, 42).

El servicio social se puede realizar tanto en zonas rurales como urbanas. Dentro de las zonas rurales existen diferentes experiencias de acuerdo a la infraestructura sanitaria del lugar de destino. De los relatos emergen tres situaciones: zonas rurales con dotación sanitaria, zonas rurales sin mayor infraestructura pero con un hospital de referencia cerca, y zonas rurales remotas con muy pocos recursos sanitarios. En el primer caso, la responsabilidad profesional: *“ahora era yo la médico, la que decido”* (Lucía, 30), *“yo firmo y se hace lo que yo digo”* (Manuel, 30), es vivida con mayor seguridad debido al respaldo que la institución ofrece: *“como estás nuevo y joven, no ves tanto el riesgo que tienes, cuando de verdad es que tienes muchísima responsabilidad en tus manos. Menos mal que yo estaba en un hospital de referencia y podía llamar a los especialistas, que aunque no estuvieran allí de presencia física te sentías un poco tranquila de que podías llamar”* (Lucía, 30). Sin embargo, aunque en estas zonas se cuenta con infraestructura hospitalaria, la escasez de recursos enfrenta a las/os profesionales a estrategias de optimización de lo poco que hay: *“estás todo el rato en cómo resolver algo, desde una aspirina hasta el antibiótico más complejo. Si estás en una unidad de cuidados intensivos o si estás en una consulta, te sientas y cuando vas a ver un paciente tienes que primero ver qué hay en la farmacia, a ver qué me invento... es otro concepto”* (Bernardo, 46), hasta sentimientos de frustración frente al quehacer profesional en estos contextos:

Yo tenía el conocimiento, claro de recién graduada, pero tenía el conocimiento y los libros que podía leer también, y con eso podía decir que un paciente tenía algo. ¿Pero cómo lo confirmaba? Solamente teníamos

analíticas y eran exámenes de hematología, no teníamos radiografía, no teníamos eco, no teníamos nada. Entonces tú dices: “¿Qué haces tú con esta pobre gente que no le puedes hacer nada?”. Y lo poco que les podías mandar, te decían: “No tengo dinero”. Entonces te sientes frustrado como médico porque el médico no sana con la palabra, puede ayudar un poco a que se sienta mejor pero es que un médico necesita herramientas, medicinas, pruebas... no en todo, pero en un gran porcentaje sí (Lucía, 30).

El segundo escenario en zonas rurales es el conformado por aquellos lugares que no tienen mayor infraestructura sanitaria, pero cuentan con un hospital de referencia cerca: *“era un ambulatorio pequeño donde no había nada. Pero muy bien, sobre todo la parte clínica, de examinar al paciente, no depender mucho de pruebas de imágenes ni cosas, porque lo único que tienes es el paciente. Claro, al final muchas cosas tenías que referirlas a un hospital”* (Verónica, 29), *“hacía medicina general y atendía a la población. Lo muy grave, muy grave se remitía al hospital, que estaba a quince minutos en coche por una carretera nueva”* (David, 33), *“estuve en una provincia muy accesible a la ciudad, tenía la posibilidad de ir y volver todos los días, exceptuando las guardias”* (Alejandro, 30). En este entorno en el cual se cuenta con respaldo cercano hospitalario, pero a la vez se está en un centro con escaso personal médico, las relaciones con otros profesionales sanitarios es más cercana: *“tenía una enfermera que era del pueblo y que era mi salvación”* (Victoria, 34), así como con los pacientes: *“la gente es muy amigable, típico que te llevan la sandía del jardín, te llevan huevos... muy bien, gente muy agradecida, muy amable... una experiencia muy bonita, porque es gente que te necesita porque no tienen los recursos de poder ir a otro tipo de médico”* (Verónica, 29). No obstante, como en el caso anterior, prevalecen los sentimientos de frustración frente a la falta de recursos e infraestructura: *“para saber que los que tienen dinero sí se lo pueden hacer, pero este paciente no porque no tiene dinero... es que los mismos antibióticos, es el único que hay y no puedes dar otro, aunque sabes que ese no es el que mejor le va a venir al paciente”* (Verónica, 29), *“se dejan muchas cosas por diagnosticar en el área rural porque no hay laboratorios, las ambulancias son muy limitadas en los traslados, las cesáreas se postergan hasta que llega el ginecólogo o se intenta mandar al hospital de referencia. Y si un paciente del área rural consulta es porque realmente está muy mal, porque sino no consultaría”* (Alejandro, 30).

El tercer caso son las zonas rurales más apartadas y con muy pocos recursos sanitarios: *“tuve la oportunidad de ir a la selva donde hice de anestesista, cirujano... de todo, porque era un hospital muy metido en la selva, con comunicaciones muy limitadas y teníamos que salvar vidas”* (Pedro, 57), *“lo hice en la selva, en el Amazonas, porque a los 10 años había estado allí y me había gustado muchísimo. Y por algún motivo me gustaba la aventura, los viajes, el campo. Entonces quería trabajo de verdad, quería irme a vivir experiencias diferentes. Así que me fui a lo rural rural”* (Andrés, 43). Sin embargo, al ser éste el contexto más extremo de los tres, los niveles de

frustración expresados anteriormente adquieren una mayor relevancia: *“en Latinoamérica hay mucho porcentaje de población que no tiene acceso a servicios de salud, y que los necesita. Es muy difícil atender la medicina en situaciones terribles con muy pocos medios... pero no puedes dejar morir a la gente”* (Pedro, 57), *“tengo compañeros que querían hacer el rural en el sitio más alejado, en la mitad de la nada, y ellos me dicen que es una experiencia que te abre la perspectiva, sobre todo en cuanto a las condiciones sociales de la gente”* (Leticia, 27). Asimismo, junto con los sentimientos de frustración en el quehacer profesional, la experiencia del servicio obligatorio en estos contextos extremos involucra la aproximación y reconocimiento de la situación social de estas regiones:

Fue el despertar de la burbuja porque venía todo lindo, todo perfecto y luego a la realidad social de mi país. Pensé que allí yo iba a salvar vidas como yo quería, acorde a mi vocación y tal, y me encuentro con que no, con que hay problemas, con que se roban muchísimo dinero, con que los políticos son los que mandan en la salud en esa zona del país... y como en todas. Con que la medicina y la salud eran una forma de hacer política. Donde había muchas cosas por hacer y mucha desatención. Donde la única forma que llegara ayuda era en un hidroavión, que iba cada siete, quince días. Teníamos luz tres horas al día, no teníamos agua potable, no contábamos con medicamentos. Eso era un pueblo de 400 personas perdido en medio de la selva, donde era un micromundo... era el mundo al revés (Andrés, 43).

Por otra parte, el servicio social se puede prestar en zonas urbanas, tanto en áreas con mayores niveles socioeconómicos o en áreas marginales de las ciudades. No obstante, de forma independiente del área, el hacer el servicio social obligatorio en la ciudad presenta varias ventajas. Primero el no desplazarse de la ciudad de residencia: *“yo no quería ir al campo. Lo que pasa es que había que tener suerte para quedarte en la ciudad, no era fácil, yo encontré una plaza”* (Javier, 45). También permite mantener otros trabajos y ahorrar dinero al permanecer en la vivienda familiar: *“estuve viviendo en mi casa. Empecé a trabajar mucho, aparte del rural, en otras clínicas, para pagar las deudas que había en mi casa”* (Víctor, 42). Así como estar en un ambiente más relajado de trabajo y de ocio: *“fue unas vacaciones más que trabajo... fue genial. Fui a una provincia que es de mi ciudad en la que había muy buen ambiente, conocí muchísima gente y la pasé súper bien, porque diversión fue lo que más hubo”* (Antonio, 28). En el caso de las zonas con mayores niveles socioeconómicos, las experiencias distan bastante de las expresadas por las/os profesionales que son ubicadas/os o que eligen zonas rurales: *“como yo sabía que terminaba la universidad y me venía para España, mi papá me ayudó a conseguir una plaza en un policlínico muy cerca de mi casa para poder homologar los papeles. Y lo que hacía era atención primaria, y como me pagaban bien pude ahorrar para los papeles y para venirme”* (Manuela, 31), *“a mí lo que menos me gustó en la universidad fue medicina legal y si te ibas a un pueblo tenías que hacer las autopsias. Así que*



*me quedé en [ciudad capital] y me tocó empezar a buscar el rural sin palancas ni nada, pero al final lo hice en un centro médico en un barrio más o menos bien” (Sara, 40).*

En el segundo caso, para las-os médicas-os que prestan el servicio social en áreas marginales de las grandes capitales, si bien es cierto que cuentan con la infraestructura sanitaria acorde a la ciudad, se enfrentan a pacientes en condiciones sociales bastante precarizadas. Sin embargo, el trabajar en estas zonas permite a su vez, acercarse a la realidad socioeconómica del lugar donde habitan: *“los pacientes que a veces se quieren aprovechar del sistema o te roban, porque a mí me robaron dos equipos y me tocó pagarlos” (Natalia, 29), “conocí la parte de mi ciudad donde la gente realmente la pasa muy mal, que no tiene los recursos necesarios ni siquiera los básicos como para vivir” (Antonio, 28), “teníamos que entrar en ambulancia y salir en ambulancia. Y el día que no había ambulancia salíamos todos al tiempo con la bata puesta porque nos podía pasar cualquier cosa. Pero lo que más impresionaba era el olor a suciedad” (Marta, 36), “a mí me tocó en la cárcel de mujeres de mi ciudad y cuando me tocaba hacer turnos estaba sola... en frente de todos los dormitorios. El 99% de las internas estaban por tráfico de drogas. Para saber que es por solo pobreza, porque cumplían su condena y a los dos meses ya estaban otra vez por lo mismo” (Liliana, 29), “resultó que era más peligroso el ambulatorio en el que estuve que estar en medio de la selva [risas]. Se abría a las siete de la mañana y a las once se cerraba porque a esa hora se levantaban los delincuentes y era muy peligroso quedarse en el barrio... a veces nos encontrábamos con cadáveres llenos de tiros en la puerta” (Javier, 45).*

De otra parte, existe también la posibilidad de cambiar el lugar original del servicio social obligatorio. De los relatos emergen dos situaciones de cambio: por circunstancias de extrema violencia y por insatisfacción con el trabajo médico. En el primer caso, el contexto de violencia ha puesto en peligro la seguridad de las profesionales hasta tomar la decisión de abandonar el lugar: *“en el pueblo había mucha violencia, militarizado con toque de queda a las tres de la tarde, secuestraban al personal médico... al mes, con un enchufe de mi papá, encontré otro en [ciudad capital]” (Marta, 36), “estuve seis meses en un pueblito de 900 habitantes de gente muy, muy pobre. Y además de los pacientes, tenía que controlar muchos recursos y la gente o quería sacar provecho de ti o había amenazas veladas. Y la verdad a mí me entró más miedo que tristeza y me fui” (Olga, 33).* Sin embargo, aunque se abandona el sitio asignado, es reconocida la importancia de este periodo de ejercicio profesional en contextos tan adversos: *“aprendí muchísimo porque sí que tuve situaciones de vida o muerte. No tenías mucho tiempo de estudiar, pero sí que aprendes a hacer cosas, o a manejar los pacientes, o a manejar el contexto social que muchas veces es muy*

*complicado. Salvar a alguien con cuatro puñaladas cuando no tenías ni sutura... era horrible” (Marta, 36).*

En el segundo caso, en ocasiones también se puede cambiar el sitio de realización del servicio social por no cumplir con las expectativas personales: *“no tienes con qué trabajar, entonces da igual la consulta que hagas porque la gente no puede comprar lo que tú le das, pero siguen yendo al médico 400 veces. Y a veces los medicamentos estaban vencidos o ya estaban en desuso por los efectos secundarios. Realmente no podías hacer nada” (Marta, 36), “a la final yo también me fui seis meses a un pueblo en no sé donde y no sentí que en verdad estuviera haciendo un trabajo de médico muy productivo. En cambio, este sitio aunque fuera en la ciudad, como tenía muchos recursos, atendíamos muchos pacientes en un día y cosas graves y cosas difíciles. Y aquí sí sentía que estaba haciendo un trabajo de médico de verdad y que sí importaba lo que estaba haciendo” (Daniel, 28).*

Por último, durante el servicio social obligatorio se reproducen las prácticas de la medicina para las médicas expresadas en los relatos durante la formación de la carrera. Asimismo, en el momento de elegir o ser asignado el cupo para el lugar donde se va a prestar servicio social obligatorio, las profesionales no escogieron zonas rurales remotas. En relación con la práctica profesional en el marco de la prestación del servicio social obligatorio, las médicas pueden verse expuestas a situaciones como el acoso en las zonas rurales: *“estuve en una zona de ganaderos muy ricos, que cada vez que llegaban mujeres médico de rural, pensaban que eran carne fresca femenina. Entonces era un tira y afloje entre invitaciones y nosotras que no” (Ximena, 47); la inseguridad en áreas marginales de las ciudades: “había sitios tan peligrosos como el que yo fui, al que no querían ir sobre todo chicas y por eso yo tuve plaza en ese ambulatorio” (Javier, 45); como también la exposición a violencia sexual en algunas zonas rurales: “lo que más me intimidaba era la mirada de la gente, me vigilaban como si yo estuviera fichada. Y yo como mujer estaba expuesta a otro tipo de violencia, como la sexual” (Marta, 36).*

## **6. Trayectorias laborales transitadas en la medicina**

Con la formación médica y la experiencia del servicio social obligatorio como punto de partida común, el segundo tramo de los itinerarios que configuran las cartografías de las/os médicas/os latinoamericanas/os, está conformado por las trayectorias profesionales las cuales incluyen tanto las experiencias laborales en contextos nacionales e internacionales, como la especialización médica. Estas trayectorias profesionales están tipificadas teniendo en cuenta, por una parte, el doble desplazamiento de la mirada inicial originado a partir de las conversaciones exploratorias (de las migraciones hacia las profesiones y de España hacia Latinoamérica); y de otra, el marco teórico desde las profesiones que apunta al carácter credencialista de la medicina, y a la centralidad de los sistemas sanitarios neoliberales en la formación y ejercicio de esta profesión. En este sentido, la propuesta para tipificar las trayectorias profesionales sitúa el foco en la acumulación de credenciales obtenidas en los diferentes sistemas sanitarios, desde el inicio del ejercicio de la medicina hasta un presente compartido en España. Con base en este criterio son definidos, a partir de los relatos, tres escenarios que están constituidos por una o varias trayectorias. El primero de ellos, “Médicas-os generales”, está conformado por las/os profesionales con el título en medicina acreditado tanto en Latinoamérica como en España. El segundo escenario, “Médicas-os residentes”, son las/os médicas/os que actualmente están en el sistema MIR de formación de especialistas de España. Y el tercer escenario, “Médicas-os con especialidad”, son aquellas/os profesionales que han obtenido la especialidad en Latinoamérica y/o en España.

Vale la pena aclarar la aplicación de este criterio de tipificación con un par de ejemplos, que ilustran como se amplía la mirada sobre los itinerarios en la medicina. Heberto (41) está en España realizando el tercer año -R3- en el sistema MIR de formación de especialistas. Si solo se toma esta credencial, Heberto es un estudiante en formación lo cual lo ubicaría en el escenario de “Médicas-os residentes”. Sin embargo, al considerar las credenciales obtenidas a lo largo de su ejercicio profesional, Heberto cuenta ya con una especialidad en Latinoamérica y está realizando su segunda especialización en España, con lo cual haría parte de una de las trayectorias del escenario de “Médicas-os con especialidad”. Otro caso es el de Mónica (62), quien en España es médica general en un centro deportivo del Ayuntamiento, lo cual la situaría en el escenario de “Médicas-os generales”. No obstante, al contemplar las credenciales de Mónica en la medicina

pertenece al grupo de “Médicas-os con especialidad”, porque es especialista, ha trabajado el tiempo necesario hasta lograr la jubilación, ha sido jefe del servicio de su especialidad durante muchos años, y tiene dos experiencias de movilidad internacional, en África y en Europa.

Ahora bien, en cuanto a la presentación del texto de cada trayectoria la lógica es diacrónica, partiendo de las credenciales básicas para ejercer en el país de formación -título de médico, registro médico o colegiación, y servicio social obligatorio-, hasta el último nivel educativo, bien sea en proceso o con el título ya expedido en cualquier país del mundo. Con base en las experiencias y reflexiones de las-os médicas-os que colaboran en esta investigación, para cada trayectoria de los diferentes escenarios se describen las prácticas de ejercicio laboral, las expectativas para el futuro profesional, así como la valoración que retrospectivamente aflora sobre los itinerarios en la medicina.

## **Escenario Uno: Médicas-os generales**

### **Médicas-os generales en Latinoamérica y en España**

A partir de los relatos, el escenario de las-os “Médicas-os generales” está conformado por una única trayectoria de profesionales que poseen el título de formación en medicina tanto en Latinoamérica como en España. Es decir, a día de hoy están en posesión de las credenciales del título de medicina, servicio social obligatorio y registro médico en sus países de formación en Latinoamérica. Asimismo, en España cuentan con el título de medicina homologado y la colegiación. En la Tabla 21 está sistematizada y comparada la información más relevante de las-os profesionales que hacen parte de esta trayectoria. En la primera columna se presentan datos generales como la edad, estado civil, hijas-os, y autopercepción de clase social, términos de alta, media (media-alta, media-media, media-baja) y baja. Luego la trayectoria educativa, y el lugar donde se realizó el servicio social obligatorio. Asimismo, se incluyen los casos de movilidad internacional indicando el país, años de duración y estatus legal, y por último, la situación laboral actual con el sitio de trabajo, el tipo de contrato, y el rango de ingresos mensual<sup>81</sup>.

---

<sup>81</sup> El formato de la Tabla 20 se utiliza para poner en relación a las-os médicas-os que hacen parte de cada una de las trayectorias tipificadas.

Tabla 21. Escenario Uno: Médicas-os Generales (Trayectoria 1)			
Médica-o	Formación y servicio social obligatorio (*)	Movilidad internacional	Trabajo(s) actual(es)
<b>T1. Título en medicina obtenido en Latinoamérica con homologación</b>			
<b>David, 33</b> casado, dos hijos, media-baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: 1 año pública, sin terminar	– 6 en España, nacionalidad	– Guardias en hospital público, contrato de guardias – Médico de noche en residencia geriátrica privada, contrato por servicios – Ingresos: 2.500€ - 3.500€
<b>Leticia, 27</b> casada, sin hijas-os, alta	– SEC: privado bilingüe – MED: universidad privada – SSO: eximida por falta de plazas	– 1 en España, estancia de estudios	No ha ingresado en el mercado médico laboral
<b>Liliana, 29</b> pareja, sin hijas-os, alta	– SEC: privado católico bilingüe – MED: universidad privada – SSO: capital del país	– 4 en España, estancia de estudios	– Centro privado geriátrico de día, contrato por servicios (20 horas a la semana) – Ingresos: <1.000€
<b>Sergio, 36</b> pareja, sin hijas-os, media-media	– SEC: privado – MED: universidad privada católica – SSO: zona rural – ESP: 2,5 años privada sin terminar y 1 año en Argentina sin terminar	– 2 en Argentina, trabajo médico y especialización – 2 en España, estancia de estudios	– Empresa privada de urgencias domiciliarias, contrato por servicios (20h a la semana) – Clínica privada de estética y homeopatía, pago por paciente, sin contrato – Ingresos: <1.000€
(*) SEC: Educación secundaria. MED: Educación universitaria. SSO: Servicio Social Obligatorio			
Fuente: Elaboración propia			

La trayectoria laboral de este grupo de médicas-os se inicia en dos vías diferentes. La primera de ellas es la vinculación al mercado médico inmediatamente después de la obtención del grado en medicina. En este caso, el conseguir un trabajo puede darse inclusive antes de terminar el servicio social obligatorio: *“antes de terminar el rural ya estaba trabajando. Estuve tres años en clínicas privadas y haciendo reconocimientos médicos en empresas”* (Sergio, 36), así como puede representar ciertas dificultades: *“estuve un tiempo hasta que logré contactar con amigos del rural para trabajar haciendo guardias en Urgencias durante tres meses”* (David, 33). La segunda alternativa es la decisión de optar por la realización de la especialidad tan pronto se ha egresado de la carrera: *“podía trabajar un poco si quería o podía empezar a estudiar para el examen de la especialidad. El problema es que son muy pocos cupos, hay dos, tres, cuatro cupos por año para 300 médicos”* (Leticia, 27), *“sabía que iba a hacer la especialidad fuera del país, porque hay muy pocos cupos para las especialidades. Y encima por palanca ya hay unas asignadas”* (Liliana, 29). Aunque para algunas-os profesionales la realización de la especialidad es central en sus trayectorias desde el inicio de las mismas, para aquellas-os que han tenido experiencias de trabajo la oportunidad de acceder a esta formación se da estando en el mercado laboral: *“después de trabajar, con los ahorros hice residencia en [especialidad] en una privada. Aunque solo fueron dos años y medio”* (Sergio, 36), *“me dieron muy buenas referencias en el trabajo y logré la residencia”*

(David, 33). Sin embargo, la formación de especialista puede abandonarse por los costos de las universidades privadas: *“dejé la residencia porque es muy costosa en la privada. Allí eres un estudiante y no puedes trabajar. Y llegó un punto en que mis ahorros no subsistieron, y no podía volver a depender de mis padres”* (Sergio, 36). O porque si bien en algunas instituciones públicas la especialidad está remunerada, los ingresos no bastan para el sostenimiento de la formación y del hogar: *“mi novia se quedó embarazada cuando yo estaba en sexto año. Y aún con lo que ganaba en el hospital no podía con todos los gastos de la casa”* (David, 33).

Para estas-os profesionales, uno de los motivos de movilidad internacional es el deseo de hacer la especialidad en un país extranjero. Ante las dificultades para realizar la formación en el país de origen por el bajo número de plazas ofertadas, la elección del país se decanta por el idioma y por los tiempos del proceso de admisión: *“Estados Unidos no hubiera sido problema porque hablo inglés, y ya tenía amigos allí. También me dio mucha pereza hacer los exámenes que son tres años. Escogí España por comodidad, porque mis mejores amigos se venían para acá y es mucho más rápido”* (Liliana, 29), *“como no pude terminar la especialidad por falta de dinero, entonces la opción fue Argentina”* (Sergio, 36). Otra de las razones, es la existencia de redes familiares y afectivas en el extranjero y la necesidad de estar con ellas: *“la madre de mi esposa es la que estaba aquí en España y ella sí tenía posibilidades de ayudarnos con los niños. Pero nos puso la condición de que nos viniéramos para aquí”* (David, 33), *“en Argentina estaba muy bien, pero mi novia estaba en España. Entonces me vine y dejé todo botado por el corazón”* (Sergio, 36).

Con la intención de estudiar y ejercer en un país del extranjero, las-os profesionales de la medicina se enfrentan a adquirir las credenciales de formación y permiso de trabajo que son exigidas para la práctica de su profesión. De los relatos emergen dos países de destino, Argentina y España. En el caso de las credenciales de formación, en Argentina la homologación del título en medicina no constituye una barrera en el proceso de movilidad: *“hice un año de [especialidad] y trabajé en clínicas privadas y en atención domiciliaria, también con ambulancias en la municipalidad y privadas. Con Argentina no hay ningún problema para homologar el título, la homologación es casi, casi inmediata”* (Sergio, 36). De forma similar, la homologación del título en España no representa dificultades para las-os profesionales. Sin embargo, existen diferencias en las experiencias si el trámite burocrático se realiza antes o después de la llegada a España. Si se realiza antes de llegar al país, la homologación del título brinda tranquilidad al no tener que considerar el tiempo y costo del proceso: *“apenas me gradué, mandé todos los papeles y mi suegra homologó mi título”* (David, 33), *“llegué en diciembre, pero yo hice el trámite allá y mandé todo directamente, y claro, no hubo ningún problema”* (Leticia, 27).

Por el contrario, al realizar la homologación estando en España, los tiempos requeridos para el trámite, en algunas ocasiones, pueden acarrear demoras que afectan la obtención de otras credenciales: *“mi amiga que nos convenció a venir nos dijo que con un grupo de abogados la homologación salía en tres meses. Pero solo la tuvimos dos semanas antes de la elección de plaza. Y toda la preparación y presentación del examen la pasamos con ese estrés de que nuestro título no estaba homologado”* (Liliana, 29).

Obtenidas las credenciales de formación, la consecución del permiso de permanencia en España depende del país de procedencia, las redes familiares y profesionales, así como del tipo de proyecto que se va a realizar en el país. Por una parte, cuando la motivación para la movilidad internacional son los vínculos familiares, la presencia de redes facilita la obtención de los permisos de trabajo: *“mi suegra es auxiliar de geriatría y me consiguió un contrato como médico en la mejor residencia privada de [CA]. Y a mi esposa le consiguió una visa como empleada doméstica. El niño mayor había nacido en España, pero el menor no y no pudo viajar con nosotros”* (David, 33). De otra parte, cuando la movilidad tiene como objetivo acceder a la especialización en el sistema de formación MIR de España, la credencial a obtener es el permiso de estudiante para realizar el curso de preparación en una academia privada: *“es un curso en el que repasas todas las asignaturas de medicina que vienen en unos manualitos ultra resumidos, y con eso te entrenan para responder las preguntas del MIR”* (Leticia, 27). En este caso, pueden presentarse dos situaciones dependiendo del país de procedencia. Aquellos a los que las instituciones españolas no exigen visa de turismo: *“nosotros no tenemos que pedir visa para venir a España”* (Liliana, 29), y las personas de países a los que sí se exige la tramitación de una visa de turismo: *“lo que sí tuve que sacar en [país LAM] fue la visa de turismo. Aunque cuando tú demuestras medios económicos, que vas a estudiar y tienes la matrícula, no hay mayor problema”* (Leticia, 27). Cuando las/os médicas/os ya se encuentran en España, deben iniciar el trámite para obtener el Número de Identidad de Extranjero -NIE-: *“los problemas empiezan cuando ya estás aquí y tienes que ir a Aluche a solicitar el NIE de estudiante con la justificación académica. Hay que hacer tres horas de fila para que te den una cita, para volver en tres meses para entregar los papeles, después de la fila de dos horas, en donde te sientes que no eres bienvenido... ¡es una cosa horrible!”* (Leticia, 27).

Una vez que a las/os profesionales con formación médica en Latinoamérica las instituciones españolas les han concedido tanto la homologación de sus títulos como el permiso de estudio o residencia, tienen dos vías de acceso al mercado médico laboral de España en función de esta última credencial. Por una parte, en el caso de tener el permiso de trabajo como profesional de la medicina, las experiencias laborales que conforman

la trayectoria en el mercado médico dependen tanto de la cantidad de oferta laboral, como de las redes profesionales con las cuales se cuenta:

Llegué en el 2006 con un contrato que me consiguió mi suegra en una residencia geriátrica privada. Ahí bordeé los 2.000€ y no tenía que hacer guardias y tenía un contrato permanente. A los seis meses empecé también a trabajar en asistencia a domicilio. También comencé con las ambulancias privadas, pero pagaban muy mal y lo dejé. Logré hacer un contacto con unos compañeros y empecé en una clínica privada haciendo guardias, y luego me ofrecieron a tiempo completo y tuve que dejar el resto de trabajos. En el 2010 tuve un problema gordo con el jefe y ahí me echaron. Era uno de los jefes, español... todos los jefes son españoles, y como es algo privado entonces no puedes hacer nada. Allí ganaba 4.000€ con las guardias y me iba muy bien. Estuve un mes en paro y entonces un médico español que me pagaba por hacerle las guardias, me metió a la seguridad pública sin tener la especialidad ni la nacionalidad. Pero como ya empezaba el problema de los contratos, entonces solo había un contrato de guardias, uno hace la guardia y se la pagan, y no había más. Me dijeron que cuántas quería al mes, y empecé ahí mismo (David, 33).

Por otra parte, cuando se tiene el permiso de estudio la legislación autoriza 20 horas a la semana de trabajo: *“estando colegiado y con el título homologado y el NIE de estudiante podía trabajar por un año, siempre y cuando no superara las 20 horas laborales a la semana”* (Liliana, 29). Esta posibilidad plantea una situación en la cual las-os médicas-os pueden de forma legal realizar simultáneamente el curso de preparación al MIR y trabajar. De esta forma, si se da el caso de no obtener plaza en el primer año de preparación y presentación del examen, pueden volver a inscribirse las veces que quieran a un nuevo curso para renovar el permiso de estudiante, y así trabajar 20 horas y permanecer por otro año más en España: *“el curso es de junio a enero, y presentas el examen en febrero. He hecho tres cursos intensivos y ahora viene la elección de plaza y yo creo que no alcanzo para el 8% de extranjeros”* (Liliana, 29), *“no me fue muy bien en el examen, y me dediqué a trabajar. Mi novia se fue para [país LAM] y terminamos la relación que teníamos, y yo decidí quedarme”* (Sergio, 36). A la par de estar realizando la preparación para el examen MIR, el mercado médico laboral para estas-os profesionales son las instituciones privadas de servicios de salud: *“en el centro diurno de geriatría ganaba 250€ por cuatro horas a la semana, es una paga buena. Y en el centro láser dependía de la cantidad de pacientes que viese en el día que me tocaba trabajar. Pero en total podía hacer entre 420, 390€ al mes”* (Liliana, 29), *“mi primer trabajo fue en una residencia de ancianos, hice un reemplazo, y me gustó mucho. Después apareció del cielo una compañera mía de la universidad, y ella me metió a trabajar en urgencias domiciliarias”* (Sergio, 36).

Ahora bien, en cuanto a la situación actual de las-os médicas-os generales, vuelven a presentarse diferencias relacionadas con las credenciales de permanencia en España. En el caso de tener la nacionalidad,



el trabajo actual incluso puede incluir experiencias en instituciones públicas dependiendo de la fecha de llegada al país: *“en la seguridad pública llevo desde el 2010, aunque sigo con contratos solo de guardias, es lo único que hay. Y nunca me he desligado de la residencia”* (David, 33). Situación que contrasta con las-os estudiantes, que se enfrentan a la incertidumbre de obtener plaza de especialidad cuando los cupos para profesionales extranjeras-os han disminuido para el 2014: *“hace unos años era del 10%, luego del 8% y ahora es el 4%, y eso afecta todas mis posibilidades de estudiar oncología. Solo van a ser 250, máximo 307 con segundo llamado, y se presentan como 15.000 personas”* (Leticia, 27). La disminución paulatina de este cupo del 10% al 4% en los últimos tres años, ha hecho que las-os profesionales que ya han realizado más de una vez el curso de preparación al MIR contemplen la opción de estudiar un máster, lo cual les garantiza la renovación del permiso de estudiante por otro año: *“si puedo coger Medicina Familiar la hago, pero de cualquiera de las dos maneras haría un máster de medicina estética”* (Liliana, 29). Con respecto a los ingresos necesarios para permanecer en el país, provienen o bien de los padres: *“ahora solo estoy estudiando, porque mi papá me costea el curso y lo que gaste aquí”* (Leticia, 27), o de los trabajos en instituciones privadas que les ofrecen a las-os profesionales los contratos legales de 20 horas a la semana, así como trabajar por prestación de servicios sin ningún tipo de contrato:

Tengo un contrato de trabajo en urgencias domiciliarias, con turnos de 10, 11 noches al mes. Pero ya nos dijeron que para el mes siguiente tendría que pasarme al día, y ganaría casi el 30% menos. [...] Todos somos extranjeros y no hay ningún español porque a ellos no les gusta este trabajo. Estoy también en una clínica de medicina estética y homeopática. Ahí hago algunos tratamientos pequeños porque los grandes los hace un cirujano plástico. Trabajo por prestación de servicios, sin contrato, y solo cuando me llaman. En ambos me hago 1.000, 1.200€ al mes... con eso me mantengo aquí (Sergio, 36).

Las expectativas para el futuro de las-os médicas-os generales están relacionados con el número de credenciales acumuladas a lo largo del itinerario en la profesión médica. Aunque en todas las situaciones son contempladas las opciones de “irse” o “quedarse”, éstas están matizadas por diferentes aspectos. Cuando ya se tiene la nacionalidad, la decisión depende en mayor medida de los deseos individuales y de la oferta del mercado laboral, y no de las instituciones españolas de inmigración: *“yo no tengo planes de volver pero mi esposa sí. Me estoy planteandoirme de España si lo situación laboral no mejora, así como los españoles se están yendo. No sé a donde, pero a [país LAM] no...”* (David, 33). En cambio, cuando solo se cuenta con las credenciales de formación, el abanico de opciones está definido por la incertidumbre de retornar al país de origen, irse a otro país y para ello aprender una nueva lengua, o quedarse en España con la dificultad de obtener la plaza MIR y un contrato de trabajo para acceder al permiso de

permanencia: *“si hago el máster de estética aquí, después puedo agarrar la especialidad de dermatología. Si vuelvo a mi país tendría que vivir con mi familia, y siento que ya tengo una vida aquí con mi novio. También pensamos en poner un consultorio en Chile o en Colombia... pero no sé”* (Liliana, 29), *“si no puedo estudiar oncología aquí, en Noruega está mi pareja, aunque va a retrasar mi desarrollo profesional mientras aprendo a hablar noruego. Y en mi país hay un montón de hospitales que necesitan médicos generales”* (Leticia, 27), *“voy a presentar el MIR a ver si puedo escoger la especialidad que quiero. También está Alemania, pero necesito estudiar alemán. Ahora no sé si dedicarme a preparar el examen MIR o a estudiar alemán para hacer allí la especialización. Es una decisión difícil...”* (Sergio, 36).

Por último, la valoración de los itinerarios recorridos en la profesión médica, tanto de las trayectorias educativas como laborales, reflejan un contraste entre lo que retrospectivamente se piensa sobre la decisión de haber estudiado medicina, y lo que ha sido la trayectoria hasta hoy de las/os médicas/os generales. En cuanto a la elección de la medicina como carrera profesional, de las narrativas emerge la centralidad y satisfacción que genera la medicina en las biografías de estas personas más allá de la edad, el género, país de procedencia y trayectoria recorrida: *“nuestro principal objetivo es quitar el malestar al paciente y hacerlo sentir mejor. Y eso me gusta, es muy gratificante”* (Liliana, 29), *“determina todo lo que hago, lo que quiero hacer y lo que soy... y no lo cambiaría por otra cosa”* (Leticia, 27), *“el que estudia medicina es porque le apasiona, no puedes hacerlo por un estatus económico porque ya no se logra”* (Sergio, 36), *“volvería a escoger otra vez medicina, seguro. Porque me ha dado tanto una estabilidad económica como emocional. Y te abre el mundo”* (David, 33). No obstante, sobre los cimientos de la satisfacción de la medicina como profesión, la percepción no tan positiva sobre la trayectoria laboral de estas/os médicas/os generales varía según las experiencias vividas. Por una parte, está presente el reconocimiento de las dificultades que conlleva la movilidad internacional: *“obvio, me siento sola. Pero creo que es un asunto de personalidad... para mí no está tan mal”* (Leticia, 27), *“fue muy duro porque no había salido del país tanto sin mi familia, y mi ciudad es totalmente tropical. [...] Yo nunca había estudiado y trabajado a la vez, y es muy estresante”* (Liliana, 29). En este sentido, también se asume la posibilidad de no haber realizado una buena elección en cuanto al país de destino: *“solo me vine por dos amigos que iban a hacer el curso del MIR, y ya he hecho tres cursos. Si hubiera sabido, era igual que los tres años de exámenes en Estados Unidos. Pero ya está, a lo hecho... pecho”* (Liliana, 29). Y de otra parte, la insatisfacción por no haber culminado aún la especialidad: *“lo que me arrepiento en mi vida es de no haber terminado la especialidad en mi país o en Argentina. Por eso aquí hago cosas que no me gustan, para tratar de entrar al MIR”* (Sergio, 36), *“cuando vine, me presenté al MIR y saqué número pero no para lo que yo quería. Y yo sé que como médico tal vez no he avanzado mucho, y además mi mujer no*

*pudo continuar aquí con medicina. Pero con lo de mi niño mi objetivo ya no era tener un posgrado, sino tener dinero para traerlo. Ahora hice el examen del MIR, y estoy pendiente de los resultados” (David, 33).*

## Escenario Dos: Médicas-os residentes

### Médicas-os generales en Latinoamérica y en el MIR de España

En este segundo escenario de las trayectorias laborales, están ubicadas/os aquellas/os profesionales que están realizando la formación de especialistas tanto en el sistema MIR de España, como a nivel de maestría (Tabla 22). De la misma forma que el escenario descrito anteriormente de las/os médicas-os generales, las/os médicas-os residentes conforman una única trayectoria. En el momento de participar en la investigación, estas/os profesionales cuentan con las credenciales de título médico en Latinoamérica, la homologación del mismo y la colegiación en España, así como una plaza adjudicada del sistema MIR o la inscripción al nivel de formación de maestría.

Tabla 22. Escenario Dos: Médicas-os Residentes (Trayectoria 2)			
Médica-o	Formación y servicio social obligatorio (*)	Movilidad internacional	Trabajo(s) actual(es)
<b>T2. En formación especializada MIR y máster</b>			
<b>Residente primer año (R1)</b>			
Alejandro, 30 casado, dos hijas, baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: Zona rural	– 3 en España, estancia de estudios	– R1 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
Gladys, 27 sin pareja, sin hijas-os, media-baja	– SEC: privado, público y concertado – MED: 1 año en universidad pública LAM, universidad pública en España – SSO: no es requisito legal	– 8 en España, nacionalidad	– R1 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
Mauricio, 30 casado, un hijo, media-baja	– SEC: privado católico popular – MED: universidad pública – SSO: no es requisito legal	– 1 en Francia, internado – 2 en España, comunitario	– R1 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
Raquel, 25 pareja, sin hijas-os, media-baja	– SEC: colegio privado y público – MED: universidad pública en España – SSO: no es requisito legal	– Hija de inmigrantes, nacionalidad	– R1 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Residente segundo año (R2)</b>			
Antonio, 28 pareja, sin hijas-os, media-media	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural	– 3 en España, estancia de estudios	– R2 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
Manuela, 31 pareja, sin hijas-os, alta	– SEC: privado bilingüe – MED: universidad privada – SSO: capital del país	– 4 en España, nacionalidad país europeo	– R2 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€

Tabla 22. Escenario Dos: Médicas-os Residentes (Trayectoria 2)			
Médica-o	Formación y servicio social obligatorio (*)	Movilidad internacional	Trabajo(s) actual(es)
<b>T2. En formación especializada MIR y máster</b>			
<b>Miguel, 30</b> casado, dos hijas, media-alta	– SEC: privado católico popular – MED: universidad privada – SSO: opcional, no lo realizó	– 2 en España, estancia de estudios	– R2 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Sofía, 30</b> casada, una hija, media-media	– SEC: privado católico – MED: universidad pública – SSO: opcional, no lo realizó	– 2 en España, estancia de estudios	– R2 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Residente tercer año (R3)</b>			
<b>Daniel, 28</b> casado, sin hijas-os, media-alta	– SEC: privado católico – MED: universidad pública – SSO: zona rural y capital país	– 3 en España, estancia de estudios	– R3 en hospital privado, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Manuel, 30</b> pareja, sin hijas-os, media-baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural	– 4 en España, estancia de estudios	– R3 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Verónica, 29</b> pareja, sin hijas-os, media-alta	– SEC: privado católico – MED: universidad pública – SSO: zona rural	– 3 en España, estancia de estudios	– R3 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Residente cuarto año (R4)</b>			
<b>Patricia, 30</b> pareja, sin hijas-os, media-baja	– SEC: públicos, último año privado – MED: universidad pública Cuba – SSO: zona rural	– 6 en Cuba, carrera – 4 en España, estancia de estudios	– R4 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Clínica privada, contrato por número de pacientes – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Estudiante de máster</b>			
<b>Natalia, 29</b> casada, en embarazo, media-alta	– SEC: privado bilingüe – MED: universidad privada – SSO: capital del país	– 3 en España, estancia de estudios	– Máster universidad pública – Empresa privada de hospitalización domiciliaria, contrato por servicios – Ingresos: <1.000€
(*) SEC: Educación secundaria. MED: Educación universitaria. SSO: Servicio Social Obligatorio			
<b>Fuente:</b> Elaboración propia			

Terminada la formación universitaria en medicina y la prestación del servicio social obligatorio, el ingreso en el mercado médico laboral de las-os profesionales residentes se puede clasificar en tres grupos. En el primero de ellos se encuentran aquellas-os médicas-os que acceden directamente al mercado laboral. Estas experiencias de trabajo pueden darse en condiciones de precariedad: *“conseguí mi primer trabajo a los ocho meses de haber salido. Y me tocó rogar para que me lo dieran, y eso que era un contrato por cuatro meses nada más”* (Alejandro, 30), *“en Francia solo me reconocían el diploma de médico como auxiliar de enfermería y trabajé un año. Por lo menos aprendí el idioma”* (Mauricio, 30), *“trabajé como médico en el oriente del país, en una zona recóndita. Es una ONG española, que envía los medicamentos que los*

*pacientes no utilizan*" (Patricia, 30). Así como también pueden ser trabajos en instituciones de prestigio con buena remuneración: *"además de trabajar con buen sueldo y estatus en este hospital de referencia en todo el país, era ya profesor de semiología de mi universidad y estaba como docente asistencial en Urgencias del hospital"* (Manuel, 30). El segundo grupo, son las-os profesionales que acceden al trabajo médico justo después de terminar la carrera a través del inicio de la formación en la especialidad: *"hacia la maestría en Auditoría por las noches, y a la vez trabajaba como docente de anatomía en una universidad privada y como médica domiciliaria en la privada"* (Natalia, 29), *"me gradúe he hice el examen de la especialización. Me fue bastante bien, éramos como 500 y terminé en el puesto 38"* (Miguel, 30). Por último, están aquellas-os profesionales que se plantean la realización de la especialidad fuera del país de formación, justo al finalizar el servicio social obligatorio: *"terminé el año rural y yo quería irme del país"* (Verónica, 29), *"siempre había querido salir de mi país para hacer la especialidad, para aprender las cosas en los países industrializados y llevarlo a mi país"* (Antonio, 28).

En este momento de los itinerarios en la medicina, para estas-os profesionales es central la formación como especialista. Para algunas-os como parte del desarrollo de la carrera: *"cuando aprendí todo el manejo en mi trabajo ya quería especializarme. Además un especialista gana muchísimo más de lo que gana un médico general"* (Manuel, 30). Para otras-os por la necesidad de ingresos y estabilidad en las familias con hijas-os: *"queríamos tener un hijo. Pero ¿de qué íbamos a vivir si no tenía la especialidad?"* (Mauricio, 30), *"sin el trabajo estable como médico especialista no podía con la responsabilidad de mi hijo que tenía meses"* (Alejandro, 30). Así, como para las-os formadas-os en España, la imposibilidad de acceder al mercado laboral sin la especialidad: *"en España sin la especialidad no puedes ejercer ni en lo público ni en lo privado en buenos trabajos"* (Gladys, 27). Sobre la base de la intención de realizar la especialidad, el proceso de selección del país de formación toma especial relevancia. Como primera medida, estas-os profesionales descartan realizar la especialidad en el país de origen por el número reducido de plazas ofertadas y por la no remuneración de la formación: *"en mi país la residencia no la pagan"* (Bol-H, 10), *"las pagan muy mal, y los hospitales no tienen nada. Entonces, claro, te enseñan con lo que hay"* (Ven-M, 10), *"allí la medicina está para que hayan muchos médicos generales pero pocos especialistas, por eso es que ganan tanto dinero. Me presenté varias veces y lo máximo que llegué fue al puesto 13 de 300 y solo había 7 cupos"* (Co-M, 10). Otro motivo es porque el nivel de formación no es considerado de alta calidad en comparación con los estándares de otros países y el estatus adquirido al estudiar en el extranjero: *"muchos médicos de los buenos estaban emigrando a Estados Unidos o a España. Y entonces, ¿quiénes iban a ser mis profesores?"* (Ven-H, 10), *"hacer la especialidad fuera, da mucho prestigio si quieres volver"* (Par-M, 10). En el caso de haber

estudiado la carrera en España, la posibilidad de realizar la especialidad en Latinoamérica se ve limitada por la carencia en la formación práctica: *“en cualquier parte son diez años de formación. En Chile son siete de carrera y tres de especialización, y aquí son seis y cuatro. Y no la hice allí porque yo no tengo la misma práctica que un médico de allí: yo no he atendido partos, ni he operado”* (Esp-M, 10).

Descartado el país de origen para realizar la especialidad, las-os profesionales se enfrentan a elegir país en función de si sus capitales de base les han permitido aprender una segunda lengua o no: *“no pensé en Estados Unidos principalmente por el idioma. Yo estudié en un colegio público donde no tuve idiomas. Claro, si hubiera tenido la oportunidad me hubiera ido para allá, tengo compañeros y están totalmente satisfechos. Y también les pagan la residencia”* (Manuel, 30). Ante la imposibilidad de hacer la especialidad en un país con un idioma diferente al castellano, las opciones están delimitadas a la zona de Iberoamérica. Sin embargo, salvado el obstáculo del idioma, el criterio para elegir país está basado en si la formación es remunerada o no: *“yo tenía la ilusión de irme a México pero allí no pagan a extranjeros. Y en la privada es muy costoso”* (Alejandro, 30). Justamente, el pago de la especialización en España y el cupo asignado a profesionales extranjeras-os en el sistema de formación MIR, funcionan como mecanismo de atracción de las-os médicas-os latinoamericanos que desean realizar este nivel de formación: *“puedo conocer Europa, puedo estar aquí con mi mejor amigo que es R4, y me pagan la especialidad. Entonces soy autosuficiente, no dependo de mi familia, y no adquiero ninguna deuda. Es una propuesta muy atractiva...”* (Manuel, 30). Este factor de atracción ha consolidado una red profesional, que a su vez, facilita e incentiva el realizar la especialidad en España: *“nunca pensé en España como una posibilidad, pero un amigo estaba preparando el MIR y me convenció de venir”* (Patricia, 30), *“tenía otros amigos que estaban preparándose para venir. Y además mis amigos que estaban haciendo aquí el MIR me decían que todo era diferente y mejor”* (Miguel, 30).

Otro criterio por el cual se selecciona España como país para realizar la especialidad, es la rapidez en los trámites en comparación con otros países: *“había pensado Bélgica porque hablo francés, el examen era más o menos igual al MIR. Pero era muy duro, quizás iba a estar dos o tres años preparando el examen”* (Mauricio, 30), *“en Estados Unidos son tres exámenes, el proceso es mucho más largo. No es como España que rindes el examen en enero, y en abril coges la plaza y ya empiezas en junio”* (Miguel, 30). Esta facilidad en el proceso de acceso al sistema de formación de especialistas de España y los tiempos mucho más cortos, hacen que la decisión también se decante únicamente por este país en situaciones extremas: *“iba a empezar a preparar los exámenes para Estados Unidos, pero luego tuve una experiencia un poco mala, trataron de secuestrarme. La inseguridad estaba tan fuerte que*

*mi hermana ya se había ido a México y mi hermano a Estados Unidos. Entonces sentí que no tenía mucho sentido quedarme. La verdad es que lo más rápido era España, es muy fácil incluso el examen, es tu idioma, homologar el título es muy fácil* (Verónica, 29). Por último, también están presentes en los relatos la existencia de vínculos afectivos con España que hacen que se seleccione este país para realizar la especialidad. Entre ellos se puede encontrar, ser descendientes de familia española: *“mis abuelos eran españoles. Entonces, sin saber nada del MIR, yo siempre quise saber de dónde venía mi familia”* (Sofía, 30). También las expectativas de una relación amorosa: *“mi amiga me presentó por Skype a un médico amigo suyo y empezamos a hablar por Internet. Al final quería conocerlo, y me vine a hacer el curso del MIR”* (Natalia, 29). Así como, los vínculos creados con una determinada ciudad: *“como el gobierno paga la especialidad, mi papá me dijo que me quedara o que me fuera a Estados Unidos, que a España no porque estaba mal. Pero desde que vine en la carrera, yo sabía que yo regresaba a hacer la residencia, porque era mi sueño vivir en esta ciudad”* (Manuela, 31).

Al tomar la decisión de realizar la especialidad en España, las/os profesionales de esta trayectoria inician el proceso de consecución de las credenciales necesarias para acceder al sistema de formación MIR. Con respecto a las credenciales de la formación universitaria, nuevamente como en la trayectoria de médicas/os generales, este trámite no representa ninguna dificultad. Más aún, se reconocen las facilidades para llevarlo a cabo, lo cual garantiza tener esta credencial cuando se llega a España. Entre las facilidades se encuentran la sencillez del procedimiento: *“me informé a través del consulado que hay en mi ciudad y me dieron los requisitos y todos eran accesibles y los tenía a mano, lo único era legalizarlos”* (Bol-H, 10), la homologación directa de algunas universidades latinoamericanas: *“como a mi universidad no le piden plan de estudio era más fácil”* (Col-M, 00), el tiempo y costo del trámite: *“mandé todos los documentos a través de un conocido, y me homologaron el título a los dos meses”* (Par-M, 00), *“se tardó tres meses y solo cuesta 100€”* (Ven-M, 00), así como la posibilidad de realizar el trámite desde Latinoamérica: *“durante el rural hice la homologación del título en la embajada. Además en mi universidad me ayudaron mucho”* (Per-H, 00). No obstante la facilidad en el trámite desde América Latina, las redes profesionales en España siguen teniendo importancia en la tramitación de la homologación: *“ya estaba aquí una de mis mejores amigas y su esposo, y ellos nos hicieron la homologación y nos inscribieron al examen”* (Par-M, 00).

Una vez concedida la homologación del título de medicina, habitualmente solicitada desde Latinoamérica, la siguiente credencial a obtener es una plaza en el sistema MIR de formación. Como se describió en el capítulo 4, el sistema MIR brinda la formación en las especialidades que España esté requiriendo según sus necesidades de demanda de salud, y se

accede a través de un examen. En el país existen unas academias de carácter privado que ofrecen cursos para preparar a las-os médicas-os para este examen: *“aquí las academias de MIR a finales de quinto año de carrera te están bombardeando para que te matricules y durante sexto empieces a ir una vez por semana a clase”* (Esp-M, 10). En general, las-os aspirantes a una plaza en el sistema MIR optan por realizar este curso, sin embargo, pueden haber casos en los que no se realiza esta preparación por falta de recursos: *“sabía que hay que hacer un curso en una academia. Pero no podía venir porque era muy caro, y tenía que ahorrar para venir al examen”* (Gua-M, 00). Estas academias ofrecen dos tipos de modalidades: presencial en España y online para algunos países de Latinoamérica. Para aquellos países de Latinoamérica en los que existe la opción del curso online, en algunos la preparación se realiza únicamente por Internet, sin la presencia de profesores: *“no iban profesores, solo era por Internet, te enviaban los materiales y alguna clase así en vídeos”* (Par-M, 10). Por el contrario, en otros países van profesores de España periódicamente: *“iban a llevar profesores de aquí para allá los fines de semana. Entonces es el mismo curso, son los mismos libros, son los mismos profesores”* (Ven-M, 00). Esta modalidad tiene como principal ventaja el poder continuar con las actividades que se están realizando en el país, como mantener el trabajo o atender a la familia: *“seguí viviendo en mi casa, trabajando y ahorrando dinero. Además me ahorré el billete, el piso, la comida, y dejar mi trabajo”* (Ven-H, 00), *“me inscribí yo y lo hicimos con [esposo]. Mi hija ya estaba grande, iba a un jardín maternal o sino con mi mamá, ya está acostumbrada porque ha vivido así siempre”* (Par-M, 00). Sin embargo, tiene como desventajas que es costoso: *“el curso es costoso, pero mi padre me ayudó con eso”* (Ven-M, 00), y que al compaginarlo con el trabajo puede no asignársele el tiempo suficiente: *“entre que tenía guardia en la privada y luego en la mañana iba al ambulatorio y el curso los fines de semana, no le dediqué el tiempo que debía”* (Ven-M, 00).

La segunda modalidad, presencial en España, es la que más complejidad reviste porque implica dejar el país junto al trabajo y la familia, y asumir los costos de vivir en España mientras se realiza el curso de preparación al examen: *“el curso, los billetes y con lo que te tienes que sostener, si solo estudias, son como 8.000€”* (Col-M, 00), *“nadie te garantiza que vas a pasar el examen, es un riesgo. Yo me lo jugué todo, renuncié a mis trabajos, dejé la novia que tenía allí, me traje los ahorros y me los gasté aquí”* (Col-H, 00). A la par del riesgo que implica dejar la vida profesional, familiar y afectiva que se tiene en el país de origen, afloran también sentimientos de temor y frustración ante el fracaso: *“si no coges una plaza pues te estás yendo sin dinero y sin nada a tu país. Era toda una apuesta, además porque no había ninguna probabilidad de que yo me pudiera quedar a trabajar acá”* (Col-H, 00), *“era lo que más me pesaba, el hecho de volver allá y no tener nada... solo la deuda para haber venido y no haber logrado la especialidad”* (Bol-H, 10).



Cuando se realiza el curso presencial en España, además de asumir los costos que esta opción implica, es necesario en el país de origen solicitar la visa de estudiante con base en la inscripción a la academia de preparación elegida: *“hubo mucho problema para sacar la visa, porque hay muchas restricciones para venir a España”* (Bol-H, 10), *“me dieron una visa de estudiante porque venía a hacer el curso. Esa sí fue costosa, salió en 1.500€”* (Col-H, 00). En este sentido, las restricciones para ingresar a España, pueden afectar el hacer la especialización sin la familia: *“intenté sacar la visa para mi esposa y para mi hija y solo me la otorgaron a mí”* (Bol-H, 00).

Al llegar a España, son realizados tantos cursos como sean necesarios hasta obtener la plaza en el sistema MIR. En caso de hacer solo un curso, la financiación corre por parte de las/os profesionales o de la familia: *“aunque junté dinero en el rural, me faltaba la mitad y mi papá me hizo un préstamo”* (Manuela, 31), *“mis papás me ayudaron con todos los gastos”* (Alejandro, 30). Lo cual permite dedicarse en exclusiva a la preparación del examen: *“son seis meses de trabajo intenso de lunes a sábado, diez horas al día”* (Raquel, 25), *“la formación incluía desde la parte académica hasta la parte anímica y estrategias de test”* (Manuel, 30). Si es necesario hacer más de un curso de preparación y estar otro año en España, la financiación proviene de los trabajos de 20 horas que la visa de estudiante permite legalmente. Trabajos que a su vez, garantizan los ingresos para vivir y el tiempo para estudiar: *“en el centro geriátrico me aumentaron a 20 horas a la semana, y ganaba casi 1.500€. Y con eso sí me podía quedar y también podía pagar todo lo que me había endeudado para venir”* (Alejandro, 30), *“hacía reconocimientos médicos con las mutuas y lo dejé porque no tenía tiempo para estudiar. Y por suerte, cogí un trabajo por Internet excelente para estudiar, ganaba 1.000€ y era para licencias de conducir”* (Manuela, 31). Aunque estos trabajos cuentan con contratos legales, en algunas ocasiones no garantizan el pago de lo que se ha trabajado:

Por amigos conseguí trabajo en urgencias a domicilio. Sé que es con contrato pero no sé bien cómo es... sé que no es en negro porque me descontaban IRPF. Estaba bien, pero el problema era que no pagaban. Entonces, cuando te contratan te dicen que el primer pago es a los dos meses. Si ves varios pacientes y haces guardias te podías hacer casi 4.000€ al mes. Pero no te pagan todo lo que haces, y hay médicos que se hacen ese dinero y piensan que es un ahorro que tienen y que en algún momento les tienen que pagar. Pero yo prefiero no arriesgarme, me bajé las guardias para hacerme 1.000€ mensuales, que es lo que pagan hagas lo que hagas al mes (Natalia, 29).

De acuerdo a la legislación del sistema MIR, el examen de acceso se realiza generalmente en los dos primeros meses de cada año y es de obligatoriedad el presentarlo en España. Para aquellas/os médicas/os que se encuentran preparando el examen en el país, esta fecha coincide con la terminación del curso: *“el curso es de marzo a enero. Y en enero se presenta*

*el examen*" (Manuela, 31). Sin embargo, para aquellas personas que no han hecho el curso o que tienen la oportunidad de hacerlo online desde su país, deben viajar a España a presentar el examen: *"como puedo entrar sin visado, hice el examen y tres días después ya estaba de vuelta en la ONG trabajando"* (Patricia, 30), *"presentamos el examen y estuvimos cuatro días recorriendo Barcelona antes de volver"* (Sofía, 30). Frente a la metodología del examen, de los relatos emergen sensaciones en torno a la presión del tiempo: *"son como 30 segundos por cada pregunta. Yo no había hecho simulacros, entonces no sabía ni como era"* (Patricia, 30), *"dejé 30 preguntas sin contestar porque ni siquiera las alcancé a ver"* (Manuel, 30). Así como sentimientos de insatisfacción después de presentar el examen: *"uno sale solo con ganas de llorar, es agotador"* (Sofía, 30), *"tú puedes saber mucho de la práctica pero este examen es teórico. Y los estudiantes de aquí lo están preparando desde que están en la carrera. Pero bueno, estudié lo que pude, en pleno invierno, con un frío que casi me vuelvo loca"* (Verónica, 29). Una vez presentado el examen, las-os aspirantes retornan a esperar el resultado que puede ser consultado por Internet desde los países de origen y con el cual, según el cupo asignado por ley para extranjeras-os, escogen la especialidad. En el caso de haber logrado una plaza en el sistema MIR, en el país de origen debe ser tramitada en la embajada de España la visa de estudiante, esta vez con la justificación de la plaza MIR adjudicada: *"regresé a sacar los papeles para la visa de estudiante, que tarda un poco. Y mientras tanto estuve disfrutando de la familia y seguí trabajando. Había que vender el coche, preparar todo. Y ya en junio me vine"* (Verónica, 29).

Obtenida la plaza en el sistema MIR que posibilita la elección de especialidad<sup>82</sup>, las-os médicas-os residentes deben ahora adquirir las credenciales que les permiten trabajar legalmente en España. Para aquellas-os profesionales con nacionalidad o que están casadas-os con una persona de España o la Unión Europea y les han otorgado la tarjeta de familiar comunitario, no es necesario realizar trámite alguno frente a las instituciones de inmigración. Por el contrario, para las personas con visa de estudiante, el proceso burocrático debe ser realizado cada año que permanezcan en el periodo de formación y está vinculado a la vigencia del contrato: *"con el contrato me dan un NIE de estudiante. Y todos los años renuevo contrato y tengo que ir a la policía para cambiar el NIE. Cuando terminas el último año de residencia, se te vence la tarjeta y ya te quedas sin papeles"* (Daniel, 28). Las-os médicas-os residentes están legalmente en España a través de un contrato especial de formación: *"es un régimen especial, el cual te pagan por tus servicios pero a la vez tú firmas un contrato de exclusividad. En teoría tienes tu tutor, y tenemos unos objetivos de acuerdo a la rotación y al año que estés cursando"* (Antonio, 28). Esta renovación

---

<sup>82</sup> Las-os médicas-os residentes que participan en la investigación y obtuvieron plaza MIR, actualmente residen en las comunidades autónomas de Madrid y Cataluña, y han elegido las especialidades de Reumatología, Ginecología, Anestesiología, Oftalmología, Familia y Microbiología.

anual está basada en una evaluación del rendimiento académico: *“el contrato es de ocho a tres de lunes a viernes, y hacemos guardias de 24 horas que las pagan aparte. Y hay unas normas dadas por el ministerio por las cuales te pueden echar de la residencia, pero es muy difícil que eso pase”* (Gladys, 27). No obstante ser un contrato legal regulado por las instituciones de España, las-os médicas-os residentes que están con el permiso de estudiante no cuentan con la prestación por desempleo: *“aunque nos descuentan, no tenemos derecho a cobrar el paro porque tenemos el permiso de estudiantes. Eso es un vacío legal que tenemos que pelear. Así que nosotros terminamos y directamente a la calle, nada de paro y sin papeles porque se vence el permiso”* (Patricia, 31). Por último, aunque el contrato tiene cláusulas de exclusividad, cuando se ha cumplido el 80% de la formación es posible trabajar en las horas que queden disponibles después de cumplir con las actividades de la especialidad: *“estoy en esta clínica privada porque me han ofrecido tres días a la semana. Son tres horas nada más, en las que me pagan 4€ por paciente”* (Patricia, 30).

En cuanto a la remuneración en este periodo de formación, el contrato estipula un ingreso básico y un pago adicional de acuerdo a la cantidad de guardias realizadas al mes: *“el básico de mi hospital son 1.350€. Y de guardias, si hago cinco o seis puedo sacar 1.000€ más”* (Daniel, 28). Las-os médicas-os residentes expresan diferentes percepciones sobre estos ingresos mensuales, que dependen de si tienen hijas-os o no. En el caso de no tener hijas-os, la valoración sobre los ingresos es positiva, aunque se hace la salvedad de una actitud austera frente a los gastos y de trabajar más para recibir más dinero: *“mis ingresos me dan para una calidad de vida increíble. Incluso ahorro, porque los latinos tenemos un estilo de vida un poco más austero, no salimos tanto a comer fuera”* (Manuel, 30), *“también trato de hacer más guardias para vivir más cómoda”* (Verónica, 29). Por el contrario, la percepción sobre los ingresos cambia cuando se tienen hijas-os. En este sentido, aunque son los mismos ingresos, o bien se vive de forma muy austera: *“mis gastos son unos 500€ y el resto es para enviar a mi familia”* (Alejandro, 30), o en algunos casos las-os progenitores colaboran con el mantenimiento económico de estas familias: *“de alcanzar alcanza, pero no ahorras y no puedes con los gastos extras. Entonces, yo tengo una tarjeta de crédito que es de mi papá y la uso cuando la necesito. También podríamos vivir en un piso más económico, pero por las niñas no podemos vivir en cualquier sitio. Y [esposa] cuida a las niñas y así ahorramos mucho dinero”* (Miguel, 30).

El nivel de formación de especialista incluye también a aquellas-os profesionales que se encuentran en España realizando la maestría: *“no quería estudiar cuatro años de residencia, y a mí con hacer el máster me basta para mi país. Y aquí me da acceso al doctorado si quiero”* (Natalia, 29). En este caso, las instituciones conceden el permiso de estudiante, empero,

esta situación es más problemática porque es una formación que no está bajo un contrato de trabajo. Al ser solo estudiantes, están enfrentadas-os al mismo trámite burocrático: *“te toca todo el tiempo ir a Aluche. Yo pasé los papeles de la renovación y anduve con ese papelito todo el tiempo por si me paran. Y luego nos acabó de llegar la tarjeta, y ya en dos meses tenemos que renovarla. Ahora [esposo] termina el MIR en mayo igual que yo, y no sé cómo vamos a hacer, es que no tenemos como hacer el cambio de papeles”* (Natalia, 29). No obstante, la estancia de estudio permite conciliar la formación con la generación de ingresos obtenidos con las 20 horas semanales de trabajo autorizadas: *“estoy con hospitalización a domicilio con pacientes críticos que siempre tienes los mismos. Es el trabajo perfecto para compatibilizar con el máster que estoy haciendo. Además lo necesito porque yo tengo que pagar el máster”* (Natalia, 29).

Ahora bien, con respecto a las opciones de futuro para continuar la trayectoria laboral, como en el caso de los médicos-os generales estas dependen nuevamente de la acumulación de credenciales. En el caso de las-os profesionales residentes que solo están en posesión del permiso de estudiante, los relatos denotan una sensación de angustia e incertidumbre frente al futuro, la cual está matizada por la cercanía de la fecha de finalización de la especialidad, la oferta del mercado laboral en España y Latinoamérica, y de si se tienen hijas-os o no. En cuanto a las-os profesionales que están haciendo el primer año, las sensaciones sobre la situación presente opacan en cierta manera las expectativas sobre el futuro: *“no me siento bien. No le han dado la visa a mi familia para venir y tampoco puedo reagruparlos. Tampoco estoy haciendo la especialidad que me gusta, a mí me encantaría repetir el examen, y hacer algo quirúrgico. Pero en mi realidad, con mi familia, no quiero arriesgarme... me da mucho miedo”* (Alejandro, 30). Luego, se encuentran las-os médicos-os residentes que están en el segundo año de la especialidad. Este grupo de profesionales, expresa por un lado, tranquilidad en el caso de tener la certeza de volver al país de origen y porque aún quedan dos o tres años de contrato de formación: *“la situación en España no me afecta, porque me faltan dos años, y mi intención siempre ha sido volver porque allí tengo trabajo y a mi novia. Aunque me dicen que aquí en mi especialidad todavía hay alguna salida. No lo sé... es como un poquito incierto”* (Antonio, 28). Y por otro lado, cuando se tienen hijas-os, los deseos oscilan entre el quedarse o el irse en el marco de lo que ofrece en términos socioeconómicos y afectivos tanto España como Latinoamérica: *“es que quedarnos por quedarnos... siendo que en nuestro país por más subdesarrollado que sea, vamos a tener trabajo, una casa propia, y nuestra familia va a estar ahí. O sea, realmente no nos compensa. Nos queremos quedar porque nos gusta muchísimo, pero solo lo haríamos si nos saliera algo de trabajo... y eso ya no depende de nosotros”* (Sofía, 30).

A medida que avanza la formación, para las-os residentes de tercer año con permiso de estudiante, las opciones de futuro están más definidas dada la cercanía de finalización de la especialidad. Están aquellas-os que asumen el hecho de regresar debido a la situación del mercado laboral en España: *“no me voy a quedar y mi novia lo sabe. Mi visa de estudiante se vence al mes de que termine, y sabiendo que aquí pagan menos que en mi país, prefiero irme y estar cerca de mi familia”* (Manuel, 30). Sin embargo, en algunos casos entran en juego más posibilidades para quedarse en España. Una de ellas, es obtener un permiso de estancia permanente a través de los vínculos afectivos: *“mi novio es R5 y tiene la nacionalidad. Ya con los papeles de él, pues estamos tranquilos los dos”* (Verónica, 29). Y la otra, es lograr la vinculación laboral con el hospital en el que se está haciendo la especialidad. Vale la pena mencionar, que desde los relatos esta opción solo se presenta en los hospitales privados con esquemas de contratación flexibilizados: *“mi hospital es privado y mi servicio también es privado, está externalizado. Entonces es un grupo de [especialidad] que ofrece sus servicios a través de una empresa privada. Pero no va a ser un contrato por tiempo indefinido, ni nada”* (Daniel, 28). Por último, para los médicas-os residentes que están terminando la formación, bien sea en el sistema MIR o en la maestría, la diferencia también está marcada por la posibilidad de acceder al permiso permanente a través de los vínculos afectivos donde la prioridad no es el trabajo sino el conformar una familia: *“me encantaría trabajar allí, pero también quiero hacer una familia. Y mi novio no se quiere ir a vivir allí. Y aquí hay un montón de trabajo, aunque quizás en peores condiciones”* (Patricia, 30). En este mismo sentido, de conformar una familia, el permiso de estadía permanente podría adquirirse a través de las-os hijas-os nacidas-os en España: *“cuando nazca el bebé podríamos pedir los papeles de residencia temporal por circunstancias excepcionales. Aunque si no resulta, nosotros también encantados nos regresaríamos, y sé que por dinero nos iría mucho mejor que aquí y mi bebé estaría con los abuelos”* (Natalia, 29).

Las percepciones anteriores contrastan con las de las-os médicas-os residentes que están en posesión del permiso de permanencia en España, bien sea la nacionalidad o la tarjeta de familiar comunitaria-o. En estos relatos, emergen los deseos sobre las opciones del futuro sin mayores limitaciones, y sin que la cercanía de la finalización de la especialidad sea un motivo especial de preocupación. Un factor importante que decide el curso de la trayectoria laboral, son las expectativas profesionales propias y las de la pareja: *“queremos volver a Francia con mi esposa, para que los dos podamos trabajar allí en nuestras carreras”* (Mauricio, 30, R1), *“me voy a mi país porque mi novio tiene su trabajo allí. Y quiero casarme y tener hijos, y quiero que sea allí con mi familia”* (Manuela, 31, R2). Otro aspecto que influye en la decisión de quedarse o irse son los vínculos familiares, por una parte, el volver a estar cerca de la familia: *“por ahora estoy en el mundo de las golosinas, los R1 somos gente feliz [risas]. Y cuando termine, tengo todas*

*las posibilidades abiertas. Allí tengo a mis padres que ya son mayores y los echo mucho de menos*" (Gladys, 25, R1). Y por otra parte, dejar a la familia para buscar trabajo en otro país: *"no es algo que piense ahora mismo. Con los recortes veo muy complicado trabajar y si no hay nada, me iría. Claro, soy muy apegada a mi familia y me lo plantearía bastante bien"* (Raquel, 25, R1).

Por último, la valoración sobre la decisión de haber estudiado medicina está matizada en las/os residentes que hacen parte de la investigación, en si han tenido la formación de la carrera en España o en Latinoamérica. En el caso de haberse formado en España, aún no se cuenta con la práctica suficiente en la medicina: *"aún estoy muy insegura sobre mis conocimientos. Pero voy aprendiendo y tal vez eso es lo más bonito, ir manejando cada día más cosas"* (Gladys, 27). Por el contrario, para aquellas/os profesionales que hicieron su carrera en Latinoamérica, y que han contado con la práctica médica durante la formación, en el servicio social obligatorio y el mercado laboral en esta región, la valoración sobre la elección de esta profesión está expresada en términos de seguridad frente a la decisión tomada: *"puede sonar muy cursi llegar a decir que es una pasión y tal, pero sí, me encanta lo que hago, me siento cómodo y me divierte"* (Daniel, 28), *"es un trabajo que cambia todo el tiempo, no te permite mucho la monotonía"* (Verónica, 29), *"estoy empezando a vivir eso que yo veía en mis padres, tener esa relación con el paciente de ver como mejora. Es bastante satisfactorio"* (Miguel, 30), *"es una vocación, y estando aquí me entra una desesperación por poder ayudar a la gente en mi país"* (Alejandro, 30). En cuanto a la trayectoria laboral, este grupo de médicas/os expresan sentimientos de satisfacción por haber cumplido la meta de estar realizando la especialidad en un país diferente al de formación de la carrera. En el sistema MIR, son resaltados los aspectos personales y familiares: *"es la satisfacción más grande que he tenido en mi vida. Soy el orgullo de mi familia, cada vez que dicen que su hermana está en España haciendo la especialidad"* (Manuela, 31), como los profesionales: *"hacer la especialidad con las herramientas tecnológicas de aquí era justamente lo que me hacía falta en el momento de mi carrera en el que estaba"* (Daniel, 28). Y al estar cursando la maestría, es destacada la posibilidad legal de estudiar y trabajar al mismo tiempo: *"por lo poco que trabajo gano muy bien, logro estudiar y mantenerme. Y aunque le pagan poco a [esposo] en el MIR, en nuestro país nunca le pagarían por especializarse"* (Natalia, 29).

No obstante, frente a la valoración positiva por el logro de la meta profesional alcanzada, son expresados diferentes tipos de emociones relacionadas con las etapas recorridas hasta alcanzar la especialidad en el sistema MIR de España. Por una parte, la intensidad de la preparación del examen: *"fueron siete meses estudiando para un examen. Nunca había estudiado tanto tiempo para un solo examen. Y hay que estudiar mucho para coger el mejor puesto posible y así escoger la especialidad que quieres"*

(Manuel, 30). La angustia en la espera de los resultados: *“en los puntajes preliminares salía fuera de ranking, y fueron muchas lágrimas porque había estado un año viviendo muy ajustado”* (Mauricio, 30), *“fueron los días más largos de mi vida, fue una depresión horrible”* (Manuel, 30). La tranquilidad por la plaza obtenida en el segundo examen: *“trabajando y estudiando me fue mejor que el año pasado, y quedé entre los mil primeros puestos”* (Manuela, 31). La insatisfacción por no elegir la especialidad deseada: *“a la vez me siento frustrado porque no estoy haciendo algo quirúrgico que era lo que quería hacer”* (Alejandro, 30). Las necesidades por la falta de recursos económicos: *“mientras estudiaba vivíamos de la beca de mi esposa, y ella viajaba cada quince días a Francia a dar clases. Yo estaba desesperado por trabajar porque el dinero no alcanzaba”* (Mauricio, 30). Así como las reacciones frente a la ausencia de la familia: *“fue muy pesado trabajar y estudiar al mismo tiempo. Y con mucha soledad, muy triste, la he pasado muy mal personalmente”* (Alejandro, 30), *“yo creo que el estar lejos me costó mucho. He pasado por muchas cosas, un divorcio, el desapego con la familia... pero valió la pena”* (Manuela, 31).

### **Escenario Tres: Médicas-os con especialidad**

El último escenario en el que transitan los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os lo conforman las-os profesionales con especialidad. En este escenario, a diferencia de los anteriores, se pueden trazar cuatro trayectorias. La primera de ellas, son las-os médicas-os con la formación especializada obtenida en el sistema MIR de España. En la segunda trayectoria están aquellas-os con formación en Latinoamérica únicamente. De la tercera hacen parte las-os profesionales con una especialidad obtenida en Latinoamérica y una segunda cursada en España. Y por último, se encuentran las-os que se han formado en Latinoamérica y cuentan con la homologación de su especialidad en España. Las-os profesionales que participan en la investigación y conforman este escenario provienen de los países de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Venezuela, Perú, República Dominicana y Uruguay. Actualmente residen en España en las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña, País Vasco, Aragón, Valencia, Murcia y Castilla-La Mancha. Así como se han formado en especialidades como Alergología, Anestesiología, Cirugía, Familia, Ginecología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Neurofisiología, Pediatría, Psiquiatría, y Traumatología.

#### **Especialistas formadas-os en España**

La primera de las trayectorias de las-os médicas-os con especialidad, la constituye las-os profesionales que han accedido a una plaza en el sistema

MIR y que han terminado su formación en España. Este grupo de médicas-os (Tabla 23), a día de hoy, cuenta con el título en medicina de Latinoamérica, y con las credenciales en España de homologación de la carrera, la colegiación y el título de especialista expedido en este país.

<b>Tabla 23. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 3)</b>			
<b>Médica-o</b>	<b>Formación y servicio social obligatorio (*)</b>	<b>Movilidad Internacional</b>	<b>Trabajo(s) actual(es)</b>
<b>T6. Título de especialista obtenido en España</b>			
<b>Alberto, 35</b> casado, dos hijos, alta	– SEC: privado – MED: universidad pública – SSO: No es requisito legal – ESP: MIR-España en hospital público	– 10 en España, nacionalidad	– Hospital público de gestión privada como especialista, contrato laboral indefinido – Ingresos: >3.500€
<b>Ana, 38</b> casada, un hijo y una hija, media-baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: MIR-España en hospital público	– 14 en España, nacionalidad	– Hospital público como especialista, contrato eventual – Ingresos: >3.500€
<b>Beatriz, 45</b> casada, una hija, media-baja	– Secundaria: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: 6 años en LAM universidad pública, sin terminar. MIR-España en hospital público	– 6 en España, nacionalidad	– Hospital privado sin ánimo de lucro como especialista, contrato de suplencia por enfermedad – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Germán, 38</b> pareja, sin hijas-os, media-baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: MIR-España en hospital público	– 1 en Haití, trabajo médico – 1 en RDOM, trabajo médico – 10 en España, nacionalidad	– Hospital público de gestión privada como especialista, contrato laboral indefinido – Ingresos: 2.500€ - 3.500€
<b>Juan, 38</b> pareja, sin hijas-os, media-media	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: MIR-España en hospital público	– 7 en España, permiso de trabajo como médico	– Clínica privada como especialista, contrato por servicios – Ingresos: >3.500€
<b>Lucía, 30</b> casada, una hija, media-alta	– SEC: privado católico bilingüe – MED: universidad pública – SSO: capital del país – ESP: MIR-España en hospital público	– 5 en España, familiar comunitaria	– Hospital público de gestión privada como especialista, contrato interina – Ingresos: 2.500€ - 3.500€
<b>Marta, 36</b> casada, una hija y un hijo, alta	– SEC: privado bilingüe – MED: universidad privada católica – SSO: capital del país – ESP: 1 año en LAM, universidad privada, sin terminar. MIR-España en hospital público	– 10 en España, nacionalidad	– Hospital público de gestión privada como especialista, contrato interina – Ingresos: 2.500€ - 3.500€
<b>Victoria, 34</b> pareja, sin hijas-os, media-alta	– SEC: privado – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: 2 años en LAM hospital semiprivado, sin terminar. DEA en España. MIR-España en hospital público	– 6 en España, permiso de trabajo como cuidadora de bebés	– Guardias en hospital público como especialista, contrato por servicios – Centro de atención primaria público, contrato de suplencia por enfermedad – Empresa privada de consultas domiciliarias, contrato por servicios – Ingresos: 2.500€ - 3.500€
(*) SEC: Educ. secundaria. MED: Educ. universitaria. SSO: Servicio Social Obligatorio. ESP: Especialización			
<b>Fuente:</b> Elaboración propia			



Como en la trayectoria de las-os médicas-os que están actualmente realizando la especialización en el sistema MIR, las-os profesionales que han obtenido su título de especialistas en España, han iniciado su trayectoria laboral en la medicina de las mismas tres formas. Por una parte, acceden directamente al mercado laboral en sus países de formación como médicas-os: *“me mandaron a las montañas, a los sitios más necesitados. Estuve un año y medio, hasta que me fui en una misión a Haití durante un año”* (Germán, 38), *“estuve trabajando cinco años en hospitales públicos por todo el país, hasta que me nombraron en un solo sitio. En el hospital veía 20 o 30 pacientes en un día y hacía once guardias al mes, sin descansar al día siguiente. Y económicamente me iba muy bien”* (Juan, 38). Otra posibilidad de acceso al mercado médico es a través de la especialidad: *“como entrar a un hospital público es tan difícil, me presenté a un hospital semiprivado, súper moderno, limpio, con helipuerto, quinto nivel de atención primaria. Allí hice un año y medio de familia”* (Victoria, 34), *“trabajé haciendo consultas en pueblos, y para el municipio. Empecé la especialidad de neurología que no la terminé. Pero como estaba avanzada, trabajé en neurología en el hospital. Además di clases en la universidad”* (Beatriz, 45), *“conseguí trabajo en la clínica [privada] en Urgencias. Tenía un jefe que era cirujano, me enseñaba cosas y le llevaba los pacientes. Entonces me presenté al [privado] y me llamaron porque había hecho el mejor examen”* (Marta, 36). Por último, están aquellas-os profesionales que cuando terminan el servicio social obligatorio se plantean el realizar la especialidad en un país extranjero: *“no quería hacer el posgrado en [país LAM] porque los hospitales allí estaban funcionando cada vez peor, porque no tienes los medios para confirmar los diagnósticos o no tienes los medicamentos para los tratamientos. Y eso es muy frustrante”* (Lucía, 30).

En este momento de la trayectoria en la medicina, las-os médicas-os deciden iniciar un proceso de movilidad internacional por diferentes razones. Una de ellas, es por la situación sociopolítica del país de origen aún cuando existan buenas perspectivas laborales: *“aunque conseguir trabajo era muy fácil, yo estaba desesperada con la situación social de mi país y yo quería irme lo antes posible, porque me robaron muchas veces y una vez fue con armas”* (Lucía, 30). Asimismo, se decide salir del país por los pocos cupos ofertados para la formación de especialistas: *“si ingresaba a [especialidad] me quedaba, pero los cupos son pocos. Cuando yo me presenté, eran cuatro y yo fui el sexto y se presentaron 30”* (Juan, 38). De otra parte, también se toma esta decisión con base en el deseo de las familias de que las-os hijas-os vivan en el extranjero: *“mi papá hizo un máster de dos años en Canadá, y me decía que era una oportunidad académica y también de conocer otra cultura. Pero yo no quería venir, yo ya estaba de R2. Y pues entre toda mi familia me convencieron”* (Victoria, 34), *“mi madre con la visión que tenía, siempre me decía: “Conviértete en un hombre de mundo, que eso se te vea en la mirada. Tienes que irte de aquí””* (Germán, 38). Otras veces, el motor de la

movilidad internacional son las intenciones propias de búsqueda personal: *“no quería seguir en la especialidad, y llevaba estudiando mucho desde los 17 años y yo dije: ‘Me voy, yo lo que quiero ahora es vivir’”* (Marta, 36), *“justo después de terminar mi año rural, dije que yo no quería quedarme allí para siempre, yo necesitaba una vida distinta. Y no porque fuera mi país, podría haber sido cualquier otro país... sino porque creía que yo daba para más”* (Ana, 38), *“mi padre es un especialista muy conocido en mi país por sus meritos laborales. Entonces una de las razones por las cuales me fui, es porque decidí que en vez de estar tranquilo a la sombra de él prefería hacer mi lugar solo”* (Alberto, 35). En este mismo sentido, se encuentran las motivaciones que ofrecen las relaciones afectivas: *“si me quedo me voy a quedar sola, sin mi compañero. Y mis padres en el pueblo y con mi hermano que lo quiero mucho pero nos peleamos el día entero. Entonces, ¡Qué sé yo! Mira, en lugar de quedarme me vine con él para seguirlo”* (Beatriz, 45).

Una vez tomada la decisión de salir del país, España se elige como destino por diferentes motivos. Como en el caso de la trayectoria de las/os médicas/os residentes, España es la opción elegida frente a Estados Unidos por el idioma, los bajos costos y por la facilidad en los trámites de las credenciales médicas: *“yo en Dominicana podía pedir visa a Estados Unidos y volver y volver hasta poder quedarme. Pero sabía que España es la entrada a la Comunidad Europea, y que solo era matricularme a un curso y me dan la visa de estudiante”* (Germán, 38), *“son tres años homologando tu título, el examen de inglés que es otro tiempo, ¡buah!, es muchísimo más complejo y costoso. Y en España fueron cuatro meses y 400€”* (Juan, 38). Otro factor que funciona como mecanismo de atracción, es el ofrecimiento de becas por parte del gobierno del país de formación en Latinoamérica para venir a estudiar a España: *“como a los dos meses, me llaman del ministerio para decirme que me había ganado la beca para España”* (Victoria, 34). También se elige España, por motivaciones más personales como las redes familiares: *“me busqué una carta de invitación para [país Europa] y ya en el viaje me quedé en España, en una escala que hizo el avión. Y aquí me esperaba mi tía”* (Ana, 38). Así como la experiencia de una visita previa durante la carrera: *“hice aquí tres meses del internado. Y cuando volví decidí que me venía aquí como experiencia de vida y a hacerme la especialidad”* (Alberto, 35). Y el facilitar las relaciones afectivas al desplazarse de país en torno al proyecto de la pareja: *“me vine a España porque aquí estaba [esposo] en un curso de Médicos sin Fronteras”* (Beatriz, 45).

Al decantarse por España como destino de la movilidad internacional y dada la diversidad de motivaciones de la misma, este grupo de profesionales presenta diferencias en las experiencias vividas entre el momento de llegada al país y el inicio de la especialización. Primero, se encuentran las/os profesionales que tienen la nacionalidad o permiso de residencia. Para aquellas/os que no han homologado el título de medicina

en el país de formación, mientras el tiempo de duración del trámite solo pueden trabajar en actividades diferentes a su profesión: *“tenía por mis abuelas la nacionalidad [país Europa], entonces es bastante más simple. Y mientras estuve haciendo el trámite de homologación estuve trabajando en un bar. Pero fue una buena experiencia porque nunca en mi vida había trabajado”* (Alberto, 35). Por el contrario, si el título ya está homologado el acceso al mercado médico laboral depende de la oferta que exista en el momento de la llegada: *“mi padre es español, y en el momento en que vine todo era muy fácil para que te contraten, porque había mucho trabajo. Entré a trabajar en un centro de atención primaria como médico de familia, y trabajé un año y unos meses”* (Beatriz, 45). Segundo, para las-os profesionales que cuentan con el permiso por estudios pero que no han homologado su título, la legislación permite 20 horas de trabajo: *“en esos siete meses estuve repartiendo propaganda en la calle en todos los pueblos de [CA], y me pagaban 6€ la hora que no estaba mal”* (Germán, 38). En caso de haber homologado el título en el país de origen, se ingresa directamente al curso de preparación al examen MIR: *“en esa época no era como ahora, no había tanto problema. Vine con una visa de estudiante, me apunté en el [academia] y ya te daban la visa. Y yo no tenía que esperar por la homologación, porque ya la había hecho en mi país”* (Marta, 36). Por último, se encuentran las-os médicas-os que llegan al país sin la homologación y sin permiso de permanencia legal:

No pasé trabajo con la residencia... Es que en esa época había leyes que no son las de ahora y se conseguía la residencia normalmente, sin problema, tardando un tiempo, pero pasaba un año y ya te daban permiso de trabajo. El problema mío fue lo que yo tardé para que mi título fuese homologado. Y mientras salía trabajé de camarera, cuidando ancianos, algunas veces no trabajé... me sentía como creo que se sienten la mayoría de los inmigrantes que están en una situación difícil. Cuando me llegó el título homologado, trabajé en una residencia de ancianos. Pero, claro, ahí entendí que con el título homologado no iba a llegar a ninguna parte, porque eso no significa nada aquí. Entonces cuando llegó mi madre le dije: *“Si no hago una especialidad, en este país vamos a hundirnos todos, porque los médicos generales aquí no tienen trabajo y mucho menos los latinos”* (Ana, 38).

La preparación del examen MIR en este grupo de profesionales, se realiza en academias privadas en España o desde el país de origen por Internet: *“mientras el rural, me puse a hacer el curso por Internet y cada semana te bajabas un libro e ibas estudiando y luego hacías unos simulacros y así ibas como por seis meses”* (Lucía, 30). En el caso de realizarlo de forma presencial en España, puede tenerse dedicación exclusiva al curso de preparación: *“esos ocho meses fueron los más duros, creo yo, en mi vida, porque todo es nuevo y tienes que adaptarte. Y además es volver a estudiar la carrera con la presión de un examen... es un riesgo muy alto. Pedí un préstamo a mi hermano, y yo puse otra parte, él me mantuvo los ocho meses, el resto lo pagué yo y después le devolví”* (Juan, 38). Aunque, el estudio

también puede compaginarse con el trabajo médico: *“iba a la academia y ahí me quedé con un solo trabajo en una clínica privada. Ahí ganaba 900€ y me pagaban por honorarios”* (Germán, 38). La legislación del sistema MIR permite presentarse al examen aún cuando ya se está realizando una especialidad: *“decidí dejar de trabajar en el bar, presenté el examen y no me alcanzó para la especialidad que quería. Y cogí otra especialidad que fue Análisis Clínico como beca de estudio mientras presentaba el segundo examen. Hice nueve meses porque al final renuncié para dedicarme al siguiente examen. Me presenté otra vez y ya escogí lo que yo quería”* (Alberto, 35).

Una vez se ha realizado la preparación, la metodología del examen y el baremo de evaluación son aspectos que influyen en el puntaje final de la prueba: *“el examen se me hizo un poco difícil, solo me preparé bien desde octubre y el examen era en enero. Lo que pasa es que yo tenía muy buenas notas y en esa época las notas pesaban más”* (Germán, 38). Otro factor que influye en la posibilidad de obtener plaza es el cupo asignado a las personas extracomunitarias por la legislación vigente, que para este grupo de profesionales fue del 10%: *“solamente era un 10% de las plazas a las que optábamos, porque el que tenía nacionalidad opta a todas las plazas. Luego dicen que los extranjeros no tenemos mérito, si después de haber sido inmigrante encima te ponen la traba del cupo”* (Ana, 38). Asimismo, en el caso de embarazo son fundamentales las redes familiares para la consecución de la plaza MIR: *“se me juntó el examen MIR con el embarazo, lactancia y de todo... brutal. Total me lo saqué a la primera, pero tuve que hacer mucho esfuerzo, además con la presión del niño y mi marido trabajando solo”* (Ana, 38). Presentado el examen, hay un periodo de espera dado por la publicación de resultados, la elección de la plaza y el momento de iniciar la formación. En este tiempo, algunas/os profesionales vuelven a sus países, en este caso a seguir trabajando: *“yo era funcionario, pedí una excedencia y cuando regresé tenía un trabajo. Entonces me regresé en febrero y trabajé hasta abril”* (Juan, 38). O por el contrario, si cuentan con los permisos de permanencia y trabajo en el país, pueden optar a un trabajo de acuerdo a las redes profesionales y a la oferta del mercado médico laboral disponibles: *“el amigo mío estaba trabajando en una clínica y necesitaban médicos, y como ya tenía el papel de familiar comunitario y estaba colegiada podía trabajar. Y ahora ya nadie consigue contratos así: 160 horas al mes, indefinido, y me pagaban como 1.800€ netos. ¡Perfecto!”* (Lucía, 30).

Durante los años de especialización, las estrategias para enfrentar la formación dependen de varios aspectos. Por una parte está la formación obtenida en Latinoamérica que presenta ventajas, según este grupo de profesionales, en cuanto a la dinámica de trabajar en diferentes sitios a la vez y a la par ir construyendo las redes profesionales: *“en Latinoamérica tenemos el concepto de competencia salvaje que tienes que intentar armarte tu hueco, ofreciéndote para hacer cosas sin ningún tipo de retribución*

*simplemente por el conocimiento. Entonces en el segundo año de residencia empecé a trabajar por las tardes haciendo [procedimiento] por 4€ en un sitio para un señor mayor. Pero era para ir conociendo gente” (Alberto, 35). Otro factor que se resalta es la facilidad con la que se encara el ritmo de estudios cuando se ha realizado algún tiempo de la especialidad en Latinoamérica: “yo había hecho seis meses de [especialidad] como se estudia allá. Y entonces yo ya me tenía aprendido por lo menos los dos primeros años de residencia de aquí. Entonces yo no tenía que estudiar porque yo me lo sabía todo, y me pagaban encima” (Marta, 36). De otra parte, en caso de presentarse un embarazo durante la realización de la especialidad se utilizan estrategias de conciliación con el trabajo, apoyo de la pareja y las nuevas redes personales constituidas en el lugar de residencia: “como tuve a la niña me aumentaron tres meses más por baja de maternidad, es decir, no me recibí en mayo sino en septiembre. Y uno nota que tiene gente que te ayuda, porque por dos años [esposo] viajaba los fines de semana al MIR y yo estuve sola con la niña” (Beatriz, 45). Una vez terminada la formación del nivel de especialidad, el permiso de permanencia en el país varía dependiendo de la legislación de inmigración vigente: “en aquel entonces tuve mucha suerte, porque en ese momento... ahora hay muchos problemas, pero cuando yo aprobé el MIR me dieron visa de estudiante por un año, y ya se podía pasar los papeles para la residencia” (Marta, 36). Situación contraria a aquellas/os profesionales para las/os que la legislación no les permite continuar en el país: “terminé [especialidad] en mayo del 2012. Pufff... y todo ha sido con visa de estudiante, los dos años de DEA y los cuatro de residencia” (Victoria, 34).*

Terminada la formación en el sistema MIR, se inicia la búsqueda de trabajo como médica-o especialista. Entre las estrategias utilizadas para este proceso, están los contactos de las redes profesionales: “cuando terminé la especialidad empecé a trabajar en el hospital público en la mañana haciendo contratos de baja de maternidad durante dos años. Y por un amigo colombiano entré a una clínica privada por la tarde y estuve allí trabajando tres años” (Alberto, 35), “terminé la especialidad y empecé a trabajar en [clínica privada] porque mi jefe de ahora trabajaba en la unidad de [especialidad] donde hice la especialidad, entonces ni bien terminé le pedí trabajar aquí y me aceptó” (Juan, 38), “un compañero de la residencia me dijo que estaban buscando un especialista en [CA], y me dijo que mandara directamente el currículum al director médico. Lo mandé y al día siguiente me llamaron para que viniera a una entrevista” (Lucía, 30). Así como el envío de currículos vía Internet: “pinché en Google Maps, cogí los hospitales del litoral de la costa y empecé a entrar a las webs y ponía mi currículum” (Germán, 38), “buscaba en Internet los emails de los hospitales y clínicas privadas. Pufff... pude haber mandado entre 30 y 40 currículos” (Lucía, 30). No obstante, estas estrategias de búsqueda de trabajo tienen menos o más efectividad dependiendo de la oferta del mercado médico de España tanto público como privado. En el caso de periodos de baja oferta o de desregularización

de los contratos de trabajo, la situación es más compleja: *“mientras salía algo en lo público, me fui a la privada que era inestable total, vas cobras, te partes un pie no cobras. Porque tú no tienes contrato, si hacía falta gente te llamaban, sino no te llamaban”* (Ana, 38), *“me tocó recibirme en una etapa donde trabajo no había prácticamente nada”* (Beatriz, 45), *“me ofrecieron trabajo en un hospital de la seguridad pública con unas muy buenas condiciones laborales y económicas. Pero empezó la crisis más fuerte de [CA] y cuando llego me dicen que todo eso lo han recortado [risas]”* (Lucía, 30), *“te estoy hablando de hace dos años, que es muy difícil conseguir trabajo como médico”* (Germán, 38). Si bien las oportunidades laborales dependen de la oferta del mercado, el no contar con los papeles limita las posibilidades de acceder a ellas. A continuación, se presenta a manera de contraste, las experiencias laborales cuando se cuenta con el permiso de permanencia y existe oferta laboral, y caso contrario, unos años más tarde, cuando no se cuenta con papeles y las posibilidades de trabajo son escasas:

Ya en el último año de la especialidad [2008] empecé a buscar trabajo. Como me había salido la residencia empecé a trabajar en [hospital público] y en una clínica privada. Y trabajaba muchísimo, muchísimo, y ganaba mucho, mucho dinero. Había meses que me hacía 8.000€, 9.000€ al mes. Luego se presentó lo de estos hospitales nuevos y lo cogí porque me iban a mejorar el contrato aunque iba a ganar menos dinero, pero todavía tenía la privada (Marta, 36).

Terminé la especialización en el 2012, y estaba con la tarjeta de estudiante vencida y sin paro porque me lo negaron. Entonces llevé los papeles a un hospital de la sanidad pública porque un compañero del MIR me había dicho que allá necesitaban gente. Y me fui con todos mis papeles y me dijeron que solamente estaban llamando a médicos españoles o extranjeros con nacionalidad, pero que igual lo registraban en el ordenador. A las dos semanas me llamaron para hacer guardias, ¡con la tarjeta vencida y de estudiante! Me dieron un entrenamiento del sistema informático, un carné y firmé el contrato, o sea, tú tienes guardia mañana y te hacen el contrato de esa guardia. Al final en ese agosto yo hice diez guardias y pasé una semana de consulta, como lo pagan un mes tarde gané como 5.000€ (Victoria, 34).

En la actualidad, las-os médicas-os que se han formado como especialistas en España, están en el mercado médico en diversas modalidades. De una parte, están aquellas-os que solo tienen un trabajo, bien sea en hospitales concertados, es decir públicos de gestión privada, o bien en el sector privado. Los tipos de contratos que se extraen de los relatos cuando se tiene un único trabajo, contemplan los contratos indefinidos para los hospitales concertados: *“este hospital me obligaba a trabajar solo con ellos. Y mi contrato es laboral indefinido, con plantilla”* (Alberto, 35), *“tengo un contrato indefinido. Pero bueno, hoy indefinido lo único que te dice es que te pueden echar cuando a ellos les de la gana, no hay ninguna seguridad”* (Germán, 38). Aunque este tipo de contratos están sujetos a la disminución en las prestaciones laborales: *“yo no gano mal de*

*todas formas, ahora mismo unos 3.400€. Trabajo de ocho a tres y tengo guardias. Lo que pasa es que con los recortes nos han quitado sueldo, nos han reducido trabajo, y nos derivan los pacientes a las clínicas privadas” (Marta, 36). Y en el caso de las instituciones privadas, los contratos son por prestación de servicios o para cubrir bajas por enfermedad: “es una clínica privada y mi contrato es por horas, yo soy autónomo ahora mismo. Eso no te da ninguna estabilidad, pero bueno, ¿qué te da estabilidad ahora? Hora trabajada, hora pagada. Ahora estoy alrededor de 150 horas al mes, y gano mucho más que en la pública” (Juan, 38), “trabajo en un hospital privado y me dijeron que el contrato era indefinido, porque iba a cubrir una baja por problemas emocionales. Pero al final no era tal cosa, o sea, que estoy con inestabilidad laboral otra vez” (Beatriz, 45).*

La segunda modalidad es contar con un trabajo principal, generalmente en instituciones públicas, y adicionalmente en instituciones privadas. En el caso del trabajo principal en lo público o concertado, los contratos se renuevan varias veces al año: *“tengo media jornada, y primero me hicieron un contrato por tres meses y luego ahora tengo hasta mayo, y luego ya me dirán. Y yo no te puedo hablar mal de los concertados, aquí hago guardias, y mi horario es de tres a ocho de lunes a jueves” (Lucía, 30), “estoy como eventual, es parecido al interino pero peor porque son contratos que se van renovando cada equis meses. Y en mi caso, yo llevo desde hace cinco años firmando contratos cada seis meses. Esa es la sanidad pública, y es que la gente no se imagina en qué condiciones trabajamos nosotros. Ahora trabajo de ocho a cuatro y tengo mis guardias, que han disminuido bastante porque somos muchos ahora” (Ana, 38). Estos trabajos se compaginan con contratos en la privada por prestación de servicios, en condiciones más desfavorables que en lo público: “en la privada voy por las mañanas. Pero te digo que el dueño de la clínica está ganando conmigo lo que quiere, porque a mí no me paga nada. Tú ganas por paciente, no hay contrato porque eres autónomo” (Lucía, 30), “alguna vez voy cuando me llaman a un hospital privado, ya ese día llego hasta las once de la noche” (Ana, 38). Sin embargo, en estas ofertas laborales en lo privado se rescatan ventajas como la flexibilidad en el manejo de los horarios: “casi siempre voy un día a la semana, cuando me llaman. Y se trabaja a una velocidad increíble, pero la privada es así” (Ana, 38), “tengo la ventaja de decir: ‘No voy el lunes’ y no voy. O: ‘Hoy ponme más pacientes porque mañana quiero ver menos pacientes’. Entonces hay una flexibilidad muy grande, y como complemento a mi trabajo de la tarde está bien” (Lucía, 30). La última modalidad que en la actualidad las/os profesionales especialistas se encuentran en el mercado laboral es el pluriempleo, es decir, el trabajo en varios empleos a la vez. Situación que se complejiza cuando no se cuenta con el permiso de trabajo como médico:*

Hago guardias en la seguridad social, una suplencia por cáncer de mama haciendo consulta en la seguridad social, y el trabajo a domicilio en una empresa privada. Y gano bien, aunque depende del mes, pero por hacer un

promedio global en domiciliaria yo gano como 1.800€, en las guardias unos 1.000€ más, y en la suplencia llevo solo tres semanas pero yo creo que con todo van a ser unos 4.000€ al mes. Tengo un contrato por guardias, el otro por suplencia, y el otro es un contrato mercantil donde me descuentan el IRPF. Y claro, ahora estoy que no tengo tiempo para nada. [Cristina.- ¿Y tus papeles?] Como mi tarjeta de estudiante se venció el mismo día de terminar la residencia, yo tengo una amiga que había sido residente conmigo en mi país y para esa época había tenido un bebé, y ella preguntó en extranjería que qué tenía que hacer para tener una persona en casa. Y ahora tengo una tarjeta de trabajo que en la parte de atrás dice que soy cuidadora de un bebé. Y con eso estoy trabajando como médico (Victoria, 34).

En cuanto a las expectativas laborales en el futuro, las-os médicas-os de esta trayectoria expresan la dificultad que presenta en estos momentos el mercado médico laboral en España: *“está muy difícil buscar trabajo en estos momentos. Tendría que empezar a tirar currículos por ahí, a ahorrar dinero y mientras consigo a trabajar en lo que sea, que no me hará mucha gracia porque pierdo la habilidad en las manos. Pero tengo que sobrevivir mientras vuelvo a conseguir trabajo de [especialista]”* (Germán, 38). Así como la incertidumbre frente a las políticas que se están implementando en el sistema sanitario: *“como van a privatizar, no saben qué van a hacer con nosotros. Yo solo tengo contrato hasta agosto, cinco meses más. Entonces no sabemos si nos van a echar por no tener plaza fija, si nos van a coger para el hospital nuevo, no tengo ni idea lo que va a pasar”* (Marta, 36). Ante este panorama, las-os especialistas contemplan diferentes proyectos frente al futuro laboral. Uno de ellos, es cambiar del mercado laboral público al privado: *“si me quedo sin trabajo en el público, busco trabajo inmediatamente en la privada”* (Alberto, 35). Así mismo, se piensa en tratar de mantener el trabajo actual: *“aquí veo un futuro y en principio me quedaría aquí. Me gustaría tener un contrato indefinido en la [especialidad] de esta clínica. Pero depende de que pase la crisis y de que yo no haga burradas”* (Juan, 38). Como también seguir capacitándose, bien sea en la especialidad: *“voy a empezar unos cursos, para tener alguna titulación porque ahora solo tengo la experiencia. Después tendría que hacer un máster, pero son presenciales y por ahora no es el momento”* (Beatriz, 45). O en un segundo idioma, para poder buscar trabajo en otro país de Europa: *“con mi título de especialista me puedo ir para donde sea en Europa. Ahora no quiero ir a ninguna parte, pero si me fuese mal estoy pensando en aprender idiomas por si tuviese que irme, porque te puedes quedar sin trabajo de hoy para mañana”* (Ana, 38). Asimismo, se puede llegar a pensar en dedicarse a otras actividades diferentes a la medicina: *“me quedo por mi marido y porque moverse con niños es complicado. Pero de hecho me gustaría ir a mi país a aprender otras cosas en la empresa de mi familia. Aquí también, si tuviera mayor poder adquisitivo me dedicaría a hacer otras cosas. Lo que quiero decir es que en este momento de mi vida podría tener un cambio”* (Marta, 36).



Frente a las posibilidades de irse de España, se contemplan diversas opciones. En algunos casos, las decisiones de futuro pasan por la seguridad de no querer retornar al país de origen por lo menos por ahora: “[capital país] con 16 millones de personas, que es una ciudad 24 horas, 7 días a la semana trabajando como loco, no creo. Tal vez esté un ratito allí, pero no más” (Alberto, 35), “[país LAM] representa para mí todo y nada... es el lugar donde nací, pero políticamente es un lugar muy hostil para vivir” (Ana, 38). La posibilidad de sí retornar al mismo por las redes familiares y las oportunidades de trabajo en Latinoamérica: “me devolvería porque ahora mismo no hay trabajo, creo que ni buscaría. Entonces me parece que podría vivir otra etapa en [país LAM] con mis papás, tenerlos cerca. El problema es que mi marido acabó de coger plaza fija, entonces para él eso es súper importante” (Marta, 36). Así como, se vislumbran también diferentes destinos tanto en América como en Europa: “buscaremos algo cuando [esposo] esté en Perú, a ver si hay alguna opción y nos iríamos. Otra opción es Reino Unido, pero a mí me da mucha pereza por el idioma y el clima” (Beatriz, 45), “me quiero ir a los países nórdicos, porque a pesar del frío hay mejor calidad de vida, tus hijos salen estudian una visión del mundo diferente. Pero tendría que probar porque de pronto son unos cabronazos, ¿eh?, que nunca te ayudan, borrachos, que te juzgan por el color del pelo... es que nunca sabes” (Germán, 38). No obstante, cuando no se cuenta con los permisos de permanencia en España, la preocupación gira en torno a la consecución de estos papeles: “en ninguno de los tres sitios me hacen papeles. Y no contemplo hacer otra especialidad, así tenga cuatro años de trabajo seguro. Creo que sí podría hacer un máster” (Victoria, 34).

Con respecto a la valoración sobre la decisión de haber estudiado medicina, en el grupo de profesionales que han hecho la especialidad en España emergen diferentes matices. Por una parte, está el estatus que ofrece el ejercicio de esta profesión: “sin la medicina no tendría el nivel social, económico que tengo ahora. Es gratificante tener lo que tienes por un trabajo que te gusta hacer” (Juan, 38). También está presente la satisfacción personal y familiar por la especialidad como objetivo profesional alcanzado: “con la especialidad he ido alcanzando las metas. Y cada día estoy más contenta de lo que escogí” (Lucía, 30), “siento que estoy ganando respeto como especialista. Y que soy el orgullo de mis padres también, que me ven crecer en la vida. Joder, para todo lo que estudiamos y trabajamos algún provecho tendremos que sacar” (Juan, 38). Así como aspectos vocacionales en torno a las/os pacientes: “creo que a la mayoría de los médicos les gusta lo que hacen, sobre todo los de países como los nuestros. Lo hacemos por vocación, igual que el maestro” (Ana, 38). No obstante, también desde los relatos de este grupo de especialistas es expresada la importancia de la medicina, pero sin ser el aspecto central en sus vidas: “yo no me imagino haber hecho otra carrera, aunque no es lo más importante lógicamente de mi vida” (Victoria, 34), “significa únicamente una esfera de mi vida. No me

*afectaría en nada trabajar en una cosa diferente, pero probablemente es donde mejor funciono, donde mejor puedo ayudar a la gente. Pero tampoco es el centro de mi vida, es algo adyacente” (Alberto, 35). Así como, apreciaciones de desencanto, en unos casos, frente a la profesión en sí: “la medicina se ha convertido como un trozo de carne, lo fríes, te lo comes y sigues y da igual. Es como un McDonalds, y la medicina es mucho más que eso” (Germán, 38). A las-os pacientes: “los pacientes no son números, no todo es la misma dosis, ni todo el mundo reacciona igual. Me imaginaba la gratitud del paciente cuando se salva una vida... eso es mentira” (Marta, 36). Y en otros casos, en lo concerniente a las-os colegas de profesión: “nosotros somos súper competitivos, desagradecidos. El entorno médico es muy feo y más en mi país. Siempre pensamos que sabemos más que el otro, nunca respetamos que hay muchas formas de hacer las cosas. Me parece que los médicos, en determinado punto, nos volvemos súper incultos porque solo sabemos de lo nuestro” (Marta, 36)*

Sobre la trayectoria laboral en la medicina, las-os especialistas formadas-os en el MIR de España expresan sentimientos de satisfacción por lo logrado hasta ahora: *“para mí trabajar en esta clínica representa un prestigio” (Juan, 38), “estoy contenta con lo que hago y además dentro de la medicina creo que escogí la especialidad bien, porque hay otras que definitivamente... [risas]” (Marta, 36). Sin embargo, a la par afloran percepciones en relación, de una parte, a las metas que aún faltan por conseguir en la profesión: “estoy contenta, pero con limitación, es decir, no es donde quiero estar, aún me faltan unos cuantos objetivos más” (Ana, 38), “podría hacer muchas cosas porque aquí la medicina no está reglamentada por subespecialidades como en Estados Unidos y probablemente mis amigos están mucho mejor formados que yo” (Marta, 36). Y por otra, frente a situaciones difíciles de afrontar cuando se tienen experiencias de movilidad laboral internacional, en tanto el inicio en un nuevo país: “es sentirse marginado, sin trabajo, sin saber qué va a pasar después, encima embarazada” (Ana, 38). Así como la imposibilidad de compartir determinados acontecimientos con la familia en Latinoamérica: “estuvimos dos meses con la niña allí, cuidando a mi padre. Pero me vine y pensaba ir en dos meses y papá a los quince días murió. Y a veces pienso que fui una egoísta por no haber estado allí... pero no hay reproches en la familia ni mucho menos” (Beatriz, 45).*

## **Especialistas en Latinoamérica**

La segunda trayectoria del escenario de médicas-os residentes, está conformada por las-os profesionales de la medicina que han completado su formación en Latinoamérica, tanto en la carrera como en la especialidad (Tabla 24). Aunque actualmente en España cuentan con la homologación

del título profesional y la colegiación, la especialidad no ha sido homologada aún.

Tabla 24. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 4)			
Médica-o	Formación y servicio social obligatorio (*)	Movilidad internacional	Trabajo(s) actual(es)
<b>T3. Título de especialista obtenido en Latinoamérica</b>			
<b>Bernardo, 46</b> pareja, dos hijas, media-baja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SEC: público</li> <li>– MED: universidad pública</li> <li>– SSO: zona rural</li> <li>– ESP: 4 años en LAM universidad pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 8 en España, permiso de trabajo como médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clínica privada como especialista, contrato por servicios</li> <li>– Guardias en Urgencias, contrato indefinido de media jornada</li> <li>– Ingresos: &gt;3.500€</li> </ul>
<b>Mónica, 62</b> casada, una hija y un hijo, media-baja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SEC: público</li> <li>– MED: universidad pública</li> <li>– SSO: zona rural</li> <li>– ESP: 4 años en LAM universidad pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 2 en África, como médica</li> <li>– 3 en España, familiar comunitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Centro deportivo ayuntamiento como médica general, contrato indefinido</li> <li>– Ingresos: 1.500€ - 2.500€</li> </ul>
<b>Sara, 40</b> sin pareja, sin hijas-os, media-baja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SEC: privado católico</li> <li>– MED: universidad pública</li> <li>– SSO: capital del país</li> <li>– ESP: 3 años en LAM universidad pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 4 en España, permiso de trabajo como médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospital público como especialista, contrato indefinido</li> <li>– Ingresos: 2.500€ - 3.500€</li> </ul>
(*) SEC: Educ. secundaria. MED: Educ. universitaria. SSO: Servicio Social Obligatorio. ESP: Especialización			
Fuente: Elaboración propia			

El grupo de médicas-os con título de especialista obtenido en Latinoamérica, cuentan con diferentes temporalidades en el ejercicio de la medicina. Por una parte, pueden encontrarse experiencias laborales entre diez y veinte años: *“mi jefe del rural me mandó como directora de un centro de salud y ahí aprendí muchas cosas de la parte de gerencia, de hecho hice una especialización en gerencia en salud. Ahí estuve como un año. Pero me seguía presentando a la especialidad y por fin pasé a [especialidad]. La terminé en el 2002, y seguí trabajando durante nueve años como [especialidad]”* (Sara, 40). Que a su vez incluyen las jefaturas de servicio y las plazas de docente en los programas de especialización: *“hice la especialidad de [especialidad]. Ahí trabajé hasta el 2006 en un hospital provincial, y durante dos años fui el jefe de la unidad de [especialidad]. Era el hospital de referencia clínico-quirúrgico de la segunda ciudad en importancia del país. Al mismo tiempo saqué la plaza de docente, que disfruté muy poquito porque me vine”* (Bernardo, 46). De otra parte, están las-os profesionales que han cumplido con los años exigidos para la jubilación:

Después del rural, hice la especialidad y me fui para [país África]. Cuando volví empecé a trabajar como [especialidad] en un hospital de provincia. Y por una doctora amiga me fui para un hospital militar, donde estuve 20 años trabajando como civil. Era un hospital docente, donde se hace investigación. Estuve de jefa del servicio de [especialidad] como dos años y

luego cogí nuevamente la jefatura antes de jubilarme. Me jubilé a los 55 años, pero pude seguir con un contrato especial" (Mónica, 62).

En esta trayectoria los motivos para la movilidad internacional de las/os médicas/os con especialidad, tienen que ver más con situaciones personal que laborales. Por una parte, están los vínculos familiares: *"la decisión fue porque tengo mis hijos en Estados Unidos"* (Mónica, 62). Y de otra parte, la situación sociopolítica del país en el que residen: *"yo vivía bien para la situación que había. Pero yo necesitaba un poco más, necesitaba libertad"* (Bernardo, 46), *"en mi trabajo estaba muy bien, yo estaba muy contenta. Pero dos veces se entraron los ladrones a mi casa, y fue horrible"* (Sara, 40). Con esta intención de residir en el extranjero, las redes tanto familiares como profesionales cumplen un papel preponderante en la decisión de elegir España. Con respecto a las redes familiares, estas brindan la posibilidad de acceder al permiso de permanencia en el país: *"mi esposo cogió la ciudadanía española, los abuelos materno y paterno son españoles. Y era la única manera de poder en un futuro estar con mis hijos y mis nietos"* (Mónica, 62). Así como el contacto necesario para la llegada: *"la persona con la que estaba casado tiene familia aquí, y entonces era el sitio más asequible"* (Bernardo, 46). En cuanto a las redes profesionales, estas desempeñan la función de mecanismo de atracción y a la vez de acogida para las/os médicas/os que aún están en Latinoamérica: *"mi mejor amiga de la carrera, se vino para acá, y me contaba que le estaba yendo muy bien. Luego se vino mi otra mejor amiga a hacer [subespecialidad]. Para ese momento yo ya estaba haciendo la homologación, y mi relación no iba para ningún lado. Y mi amiga me dijo que si yo quería me buscaba trabajo"* (Sara, 40), *"aquí vivía una doctora con la que habíamos trabajado en el mismo hospital, y está aquí trabajando y nos recibió"* (Mónica, 62).

Elegida España como destino de la movilidad internacional, las credenciales a conseguir para residir y ejercer la medicina, puestas en relación, presentan tres alternativas. La primera es llegar al país con las dos credenciales, la homologación del título de medicina y el permiso de trabajo por contratación en origen: *"mi amiga se vino y trajo mis papeles, me homologaron el título súper rápido, en seis meses. Al tiempo envié mi hoja de vida y en octubre del 2008 hubo una plaza aquí que se desocupó y el jefe de [especialidad] me escribió por correo para ofrecerme trabajo. Yo estaba en Estados Unidos de paseo con mi mamá, decidí venirme y envié todos los papeles para que tramitaran el permiso de trabajo"* (Sara, 40). El caso opuesto es llegar al país sin ninguna credencial, ni de títulos académicos ni de permanencia en el país: *"tenía la casa de un familiar, una habitación donde estar, tenía comida y dinero lo justo. Yo llegué con nada, no pude sacar ningún documento en ese momento del país porque no era prudente"* (Bernardo, 46). Por último, está llegar al país con alguna de las credenciales necesarias, en este caso el permiso de permanencia pero sin los títulos

homologados: *“tuvimos que traer todos los documentos que te piden, el título, el plan de estudios, las notas y la ética médica. Esto nos costó mucho dinero, y tuvimos que vender mi casa por una más pequeña, porque ¿de dónde íbamos a sacar el dinero? [...] Se enteraron de la ley de memoria histórica y toda la familia hizo eso. Cuando [esposo] ya tenía la nacionalidad, nos casamos en el consulado español para poder venir a trabajar como familiar comunitario (Mónica, 62).*

Una vez en el país, es emprendida la consecución de las credenciales que hicieren falta, bien el caso de las titulaciones académicas: *“llevamos los papeles al Ministerio de Educación y la homologación demoró de tres a cuatro meses. El problema fue la ética médica para la colegiación. Aquí en [CA] me dijeron que estaba vencida y no me colegiaron. Y como uno se puede colegiar en cualquier colegio, me fui para [CA] y allí me aceptaron” (Mónica, 62).* O bien, cuando falta tanto la homologación como los permisos de trabajo. En este caso nuevamente el tramitar la homologación en medicina no presenta mayor complejidad. Sin embargo, obtener el permiso de permanencia es más complicado y depende de la oferta del mercado médico laboral en España, así como de las redes familiares y profesionales:

El médico de familia de un amigo tenía una empresa de urgencias a domicilio y justo era la época que había falta de médicos aquí [2005]. Y entonces me dijeron que si homologaba el título y me colegiaba no tenían ningún problema en darme trabajo. Y, claro, tenía también el problema legal de la residencia que eso también me limitaba. Justo cuando recibí los papeles de mi país, entregué los documentos y a los dos meses ya estaban homologados. Y con la residencia no había nada que hacer, porque no me hacían los papeles, aunque ganaba unos 4.000€ al mes. Empecé a enviar currículos a las clínicas privadas, y en la que estoy ahora a los tres días me llamaron. Tuvimos una entrevista y me tuvo un mes a prueba haciendo guardias de Urgencias. [Cristina.- ¿Sin papeles?] Sí, yo en ese momento fui muy claro que no tenía papeles, no tenía porqué mentirle. A los dos meses tuve un problema con un médico español que me dijo: “Pues yo soy el cardiólogo”, y no me pude contener y se me salió: “Pues si tú eres cardiólogo, yo soy [especialidad]”. Y ahí me dijeron que estaban buscando gente, pero les expliqué mi situación y me dijeron: “No nos importa, a mí con que tú me enseñes tu título de [especialidad] es suficiente”. Traje el título y en el mes de junio de 2007 empecé a trabajar como [especialidad], y ya luego ellos en la clínica me regularizaron mi situación (Bernardo, 46).

Con las credenciales académicas, de colegiación, y de permanencia legal, en la actualidad la situación laboral presenta diferencias de acuerdo al tipo de contrato que se disponga. Por una parte, los contratos fijos o indefinidos en instituciones públicas como especialista: *“es a término indefinido y por un número de horas al año. Yo trabajo en atención primaria en consulta y hago guardias en el hospital en [especialidad]” (Sara, 40).* Así como en instituciones públicas pero como médicas-os generales: *“es un contrato fijo de media jornada en el servicio de Urgencias con la seguridad*

social" (Bernardo, 46), *"tengo un contrato hasta ahora indefinido en un polideportivo como médico general. Mi horario es de dos a diez, de lunes a viernes y no tengo que hacer guardias, y gano 1.400€"* (Mónica, 62). Y de otra parte, los contratos como autónoma-o en clínicas privadas como especialistas: *"estoy a destajo, tantos turnos, ganas tanto al mes y ya está. Al mes puedo trabajar unas 200 horas, que son muchas horas. Aquí unas 140 y en Urgencias son 72"* (Bernardo, 46). Sin embargo, las/os profesionales que conforman esta trayectoria aún no han podido homologar el título de la especialidad en España. Como se mencionó anteriormente en las clínicas privadas se puede ejercer la especialidad presentando el título obtenido en el país de formación, aunque el acceso depende de la oferta del mercado laboral: *"puedo trabajar como [especialidad] en privado. Pero ¿quién consigue en una clínica privada?"* (Mónica, 62). Situación muy diferente a las instituciones públicas donde es exigido el título de especialista, si bien en algunas comunidades se hacen excepciones por la necesidad del servicio: *"yo trabajo como [especialidad] porque en este hospital nos dejan trabajar solo con el título de médicos. Pero estamos en el proceso de homologación, aunque ahora tengo el problema que aquí [especialidad] son cuatro años y yo hice tres"* (Sara, 40).

En cuanto a las perspectivas para el futuro, las opciones se barajan entre cambiar de trabajo permaneciendo en el mismo lugar, o moverse de ciudad o de país. En el caso de las personas que están como autónomas, son expresados deseos de estabilidad para contrarrestar la incertidumbre que este tipo de vinculación laboral genera: *"si las cosas mejoran, me harían contrato fijo y dejaría la Urgencia. Si no, buscaría trabajo en otra clínica, pero está la situación tan mala que no merece la pena por el desgaste que implica. Entonces prefiero pensar que no me va a pasar nada y que no pueda trabajar, intentar hacer el trabajo lo mejor que pueda para que no me puedan echar"* (Bernardo, 46). Por el contrario, cuando el contrato es con instituciones públicas la decisión de no cambiar prevalece, continuando a la par con la búsqueda de ingresos adicionales: *"pienso quedarme aquí porque vivo a tres cuabras y tengo contrato indefinido. De todas maneras estoy aplicando a ver si encuentro algo para las mañanas. Pero como no aparece nada y cada vez sale en el noticiero que los especialistas españoles se han quedado sin trabajo, entonces digo: '¿Qué es esto?'"* (Mónica, 62). Cuando la reflexión pasa por cambiar de sitio geográfico, las opciones oscilan entre la seguridad y la incertidumbre. Para algunas personas está la certeza en la decisión de trasladarse a otro país por los vínculos familiares: *"tan pronto se recupere mi esposo me voy, sí, lo tengo decidido. Yo me voy para Estados Unidos con mis hijos, para eso fue lo que vinimos aquí"* (Mónica, 62). Así como la intención firme de permanecer no solo en España, sino en la misma comunidad autónoma por los vínculos profesionales: *"no, no me planteoirme de aquí. Lo que pasa es que hay una competencia brutal y entonces yo aquí me he abierto un hueco, tengo un estatus, ya tengo relaciones de trabajo con mucha gente. Y*

*aquí hay un futuro en mi especialidad” (Bernardo, 46). Por el contrario, cuando los vínculos familiares y profesionales no son tan fuertes, las perspectivas de futuro son inciertas, y a la vez, más abiertas: “yo sé que por mi profesión yo podría estar bien aquí o allá. Pero en verdad es la calidad de vida lo que lo hace a uno estar bien acá, y el hecho de que no sientas tanta inseguridad como en mi país. No sé dónde estaré de aquí a un año” (Sara, 40).*

Por último, para las-os médicas-os especialistas de esta trayectoria la decisión de haber estudiado medicina está expresada en términos de satisfacción frente a esta profesión: *“si hubiera reencarnación volvería a ser médico tranquilamente. La vida que tengo ahora se la debo a la medicina” (Bernardo, 46), “es una vocación que dios me regaló y me puso en mi camino. Hasta este momento mi vida ha girado en torno a ser médico” (Sara, 40), “significa el poder ayudar a una persona y cuando tú ves que la persona te lo agradece así con ese amor, que te regalan de lo poco que tienen y que tú lo recibes con tanto cariño... es muy gratificante” (Mónica, 62). Sin embargo, en este grupo de especialistas, después de haber ejercido la medicina por un tiempo considerable, afloran sentimientos quizás de frustración al no haber conseguido todas las metas propuestas: “sí me siento muy realizada como médico... a pesar de que verdaderamente no tuve lo que pensé que podía tener en la parte material” (Mónica, 62). O inclusive son sugeridos caminos alternativos a la profesión: “nunca había pensado vivir sin ser médico, pero ha habido cosas por las que he pensado que tal vez podría replantearme mi vida sin ser médico, haciendo alguna otra cosa” (Sara, 40).*

Frente a las percepciones sobre los itinerarios en la medicina, están matizadas por la especialidad y las oportunidades en el mercado laboral. Por una parte, están aquellas-os profesionales que han podido ejercer una especialidad competitiva y a la vez con remuneraciones altas: *“desde el punto de vista económico yo no tengo ninguna queja. Me ha costado cuando no estaba regularizado, pero he tenido suerte de venir en un momento en que no había gente para trabajar” (Bernardo, 46). Así como las-os médicas-os que se decantan por especialidades no tan competitivas: “hay médicos con la ambición por la academia, por el reconocimiento, que quieren subir en las escalas. Pero yo te soy sincera, yo soy feliz sabiendo que hago lo que hago bien en mi especialidad. Para otros hubiera podido ser mejor trabajar en una unidad de cuidados intensivos y ser el guao [risas]” (Sara, 40). Sin embargo, son expresadas sensaciones de preocupación ante la dificultad de homologar el título de la especialidad y lo que esto significa en las instituciones públicas: “no sé qué va a pasar, yo metí otra vez los papeles y si me dicen que no, va a llegar un momento en que puede pasar que aquí en el hospital empiecen a poner problema y me toque irme” (Sara, 40). Como también, sentimientos de frustración por trabajar como médica-o general después que se ha sido especialista: “creo que en mi momento me realicé como médico, y yo vine aquí como inmigrante. Y me imaginaba que esto iba a*

*ser así, que hay que trabajar en lo que se encuentre, porque si hay españoles que están aquí y no tienen ni trabajo. Pero... no, no me siento bien porque llevo toda mi vida de especialista y entonces verte ahora de médico general... pues no” (Mónica, 62).*

## Segunda especialidad y/o máster en España

Si la anterior trayectoria describe las experiencias de las-os medicas-os con especialidad obtenida en Latinoamérica, esta trayectoria contempla la misma situación, pero incluye la realización de una segunda especialidad o máster en España (Tabla 25).

Tabla 25. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 5)			
Médica-o	Formación y servicio social obligatorio (*)	Movilidad Internacional	Trabajo(s) actual(es)
<b>T5. Segunda especialización y/o máster</b>			
<b>Heberto, 40</b> casado, una hija, media-media	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: 4 años en LAM universidad pública, título sin homologar	– 5 en España, familiar comunitario	– MIR R3 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Olga, 33</b> pareja de hecho, sin hijas-os, media-baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: máster oficial universidad pública en España	– 3 en España, familiar comunitaria	– MIR R1 en hospital público, contrato régimen especial sistema MIR – Ingresos: 1.500€ - 2.500€
<b>Pedro, 57</b> casado, seis hijas-os, media-media	– SEC: público – MED: universidad privada – SSO: zona rural – ESP: 3 años en LAM universidad pública, título sin requisito legal de homologación (antes 1995), máster Salud Pública y máster Urgencias en España	– 1 en Japón, beca estudio – 19 en España, nacionalidad	– Unidad móvil sanidad pública, contrato indefinido – Guardias en hospital público como especialista, contrato de guardias – Ingresos: >3.500€
<b>Victor, 42</b> pareja, sin hijas-os, baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: capital de provincia – ESP: 3 años en LAM universidad privada, título sin homologar, MIR en hospital público en España	– 10 en España, nacionalidad	– Clínica privada como especialista, contrato indefinido – Ingresos: >3.500€
<b>Ximena, 47</b> pareja, sin hijas-os, media-baja	– SEC: público – MED: universidad pública – SSO: zona rural – ESP: 3 años en LAM universidad pública, título sin homologar, técnico en Riesgos Laborales y máster en Urgencias en España	– 12 en España, nacionalidad	– Guardias en hospital público como especialista, contrato de guardias – Ingresos: 2.500€ - 3.500€
(*) SEC: Educ. secundaria. MED: Educ. universitaria. SSO: Servicio Social Obligatorio. ESP: Especialización			
<b>Fuente:</b> Elaboración propia			



El ingreso a la formación de especialista en Latinoamérica de este grupo de médicas-os está dado por el acceso tan pronto se termina el servicio social obligatorio, o por las experiencias laborales previas como médicas-os generales. En el primero de los casos, la formación como especialista puede ser realizada en instituciones públicas en las cuales está remunerada: *“en mi país pagan la especialidad y al terminar el rural, inmediatamente hice la residencia en [especialidad]”* (Pedro, 57), *“después del rural, me fui a [capital país] y como son solo hospitales públicos, entré a hacer [especialidad]”* (Ximena, 47), *“cuando terminé me preparé mucho y obtuve un cargo de residente, y decidí hacer [especialidad] que son tres años. Escogí un hospital en un sitio fronterizo, por las condiciones sociales que había, para hacer medicina con pocos recursos”* (Heberto, 40). Como también puede ser realizada en universidades privadas asumiendo el costo de la formación: *“me presenté a una privada y pasé el examen y la entrevista. Entonces fui a preguntar cuánto tenía que pagar para sacar un crédito, y ¡oh! sorpresa cuando me entero que los que iban a ese hospital no pagaban matrícula. Y mi título es de la [privada], el mismo de la gente que paga muchísimo dinero por estudiar allí”* (Víctor, 42). Finalizada la formación en la especialidad, para este grupo de médicas-os la continuación de la trayectoria profesional puede darse en condiciones de mayor estabilidad: *“fue un poquito difícil conseguirlo, por lo mismo de ahora porque no se crean plazas de trabajo. Trabajé 12 años en el pueblo de mi familia, era un contrato fijo, estable con el Ministerio de Salud”* (Pedro, 57), *“terminé la residencia y yo era director de salud del área donde me formé como residente”* (Heberto, 40). O por el contrario, iniciar como especialista en un mercado laboral con condiciones más flexibilizadas: *“siempre trabajé en la seguridad social y hacia guardia, consulta, y planta. Y también en varias privadas haciendo guardias”* (Ximena, 47), *“estuve un año y medio trabajando de lunes a viernes en [capital] y los fines de semana en [provincia]. Ganaba muy bien, aunque en [provincia] me pagaban con tres meses de retraso. También fui el jefe de urgencias de un hospital privado, y empecé a trabajar en otras dos clínicas privadas”* (Víctor, 42). El segundo de los casos abarca las/os profesionales que trabajan como médicas-os generales en el mercado médico privado mientras se presentan los exámenes para la especialidad:

Me habían dicho que en la parte del Caribe había mucho trabajo y al final encontré en una farmacia. Allí las farmacias tienen un consultorio médico y es un negocio redondo, porque si tienes duda en algún medicamento por un poco de dinero pasas al médico, de otra manera la gente tendría poco acceso a los médicos. Ahí duré muy poco porque no me gustaba. En Internet encontré un pueblo sobre el Pacífico, y la clínica de especialistas a la que yo iba era un hotel de lujo. Yo era la médico y lo que tenía que hacer era recibir al paciente, ver lo que tenía y lo mandaba al especialista de guardia. Luego, me fui para [capital] y en un aviso de periódico encontré una clínica de audiología, para gente de mucho dinero. Hacía consulta en audiología y programaba los aparatos, pero era una simple vendedora, y lo que ganaba era por la venta de los aparatos. Pero pagaban bien para ser

médico general, ganaba más que un especialista en preparación. En esos dos años presenté dos veces el examen de la especialidad, la primera vez para cirugía y la segunda para audiología, y no pasé en ninguno (Olga, 33).

Como en la trayectoria anterior de médicas-os con especialidad, los motivos para iniciar la movilidad internacional tienen que ver más con factores externos al ejercicio de la profesión médica. Por una parte, está la situación política del país: *“figuro en una lista de gente que está en contra de la doctrina del gobierno. Entonces no lo pensé más y al día siguiente me fui a una agencia de viajes”* (Ximena, 47), *“trabajé 12 años encantadores, pero tuve que salir de allí por fuerza mayor, yo soy asilado político”* (Pedro, 57). De otra parte, y a nivel personal, se encuentran los deseos por vivir en el extranjero: *“mi salida del país no fue ni por falta de dinero ni por falta de trabajo, porque de eso tenía mucho. Tanto que tuve una angina y eso hizo que replanteara mi vida, porque estaba abusando. Y siempre soñé con vivir fuera, con lugares en el mundo”* (Víctor, 42). Así como la posibilidad de afianzar los vínculos afectivos: *“es español y lo conocí en un chat. A los dos años ya teníamos una relación muy bonita, muy seria, muy formal, muy de pareja”* (Olga, 33). En el marco de estas motivaciones, las redes afectivas, familiares y profesiones cumplen la función de atracción y acogida para elegir España como lugar de destino: *“mi padre es español, y veníamos de vacaciones a visitar a la familia”* (Ximena, 47), *“me preguntaron a qué sitio podía ir, y yo dije que España porque mi hermana estaba acá. Y pues me mandaron para España, y tuve que dejar a mis hijos”* (Pedro, 57). Aunque nuevamente está presente la decisión entre España y Estados Unidos para las-os médicas-os latinoamericanas-os, mediada por las redes familiares: *“mi primera meta era Estados Unidos porque tenía familia allá. Fui y no me gustó para nada. Vinimos a Europa de vacaciones con [pareja] y a los dos nos gustó mucho. Entonces, inicialmente era para Alemania, porque la hermana vivía en allí. Pero justo cuando nos íbamos para allá a la hermana la trasladan a España, y a él le ofrecen una franquicia en España”* (Víctor, 42).

En cuanto a los permisos de residencia para España, cuando las-os progenitores y/o la-el cónyuge son españoles, la obtención de esta credencial no reviste ninguna complejidad: *“[esposa] tenía la ciudadanía. Y además cuando llegué a [CA] me hicieron un contrato y me dieron un permiso de residencia. Aunque legalmente ahora soy familiar comunitario”* (Heberto, 40), *“tengo la doble nacionalidad porque soy hija de inmigrante. Ya tenía el pasaporte desde los 12 años, así que solo era sacar el DNI”* (Ximena, 47). Situación similar a los casos de asilo político: *“me dieron el asilo en tres meses”* (Pedro, 57). En contraste, los relatos expresan que cuando se ingresa al país con visa de estudiante o turista, el permiso de permanencia se adquiere a través del matrimonio o pareja de hecho: *“hice el máster sin papeles, porque no saqué la visa de estudiante desde mi país. Cuando lo terminé decidimos hacernos pareja de hecho para que yo me legalizara”* (Olga, 33). O mediante un contrato laboral, en este caso, al ingresar al

sistema de formación MIR: *“me inscribí en la academia del MIR y me dieron la visa de estudiante. Me fue bien y pude escoger la especialidad que quería. El problema fue que cambió la ley en el 2003 y antes tú podías cambiar el estatus de estudiante a permiso de trabajo y residente sin viajar a tu país. Pero como justo ese año empezaba la ley, a mí me dejaron hacer el cambio aquí en España. Y con dos años de residencia ya aplicabas a la nacionalidad. Tarda como dos años más y ya me la dieron”* (Víctor, 42).

Como en las trayectorias anteriores la homologación del título de médico, en general, no presenta una dificultad para las-os profesionales, que por una parte hacen el trámite desde Latinoamérica: *“estaba haciendo los trámites para Médicos sin Frontera, y al mismo tiempo homologamos los títulos de medicina, que no tardaron mucho”* (Heberto, 40). Así como se puede realizar estando ya en España: *“sabía que a cualquier país que llegara yo tenía que llevar ciertos documentos, y aquí me homologaron en tres meses”* (Pedro, 57). En este caso, cuando las-os especialistas están homologando el título y deban mientras tanto trabajar para mantenerse en el país, los relatos expresan experiencias laborales no cualificadas independiente de si se tiene permiso de permanencia o si se carece del mismo:

En Internet conseguí un trabajo de niñera, la familia sabía que era médica pero que no tenía papeles. Con el niño trabajé mientras me homologaron, pero me corrieron. Lo que pasa es que yo lo trataba más como mi paciente, y yo le hablaba a la mamá explicándole todo científicamente. Además, hacía quehaceres de la casa que ella me pedía con mucho temor, porque por mi forma profesional de comportarme para ella era muy difícil decirme que tenía que tener la comida hecha, y todo lavado y planchado. Aunque yo trataba de ponerme en mi nivel de servicio doméstico y darle su lugar de señora (Olga, 33).

Tarde 18 meses en reunir los papeles, pero cuando tenía todo homologué en dos meses. Yo no sabía que ese proceso se podía iniciar desde mi país y pensé que iba a ser mucho más fácil, que podía ejercer mientras homologaba y no. Empecé a comerme los ahorros y donde vivía la señora trabajaba en limpieza, me llevó a la empresa y me puse a trabajar como limpiadora ahí. Duré ocho meses, lloraba todos los días, hasta me quité el anillo de grado. Luego la dueña de la empresa que tenía mucho dinero, se enteró que era médico y me contrató como la tutora de sus hijos y me pagaba 900€ en negro, porque yo no quería perder el subsidio de inmigrante retornado de 250€. Duré cuatro meses, y ahí sí viví como rica acompañando a los niños a todas partes [risas]. De ahí trabajé en una piscina que me pagaban 1.000€ en negro, pero la gente me trataba muy mal y no me creían que era médico (Ximena, 47).

Con respecto a la homologación del título de especialización, como en la trayectoria anterior este grupo de médicas-os no ha iniciado este trámite burocrático. No obstante, existen varias alternativas para ejercer como especialista en España, además de la homologación del título respectivo.

Una de ellas es haber llegado al país antes de 1995: *“por suerte en España hay una ley que dice que antes del 95 puedes ejercer como especialista sin homologar el título. Y como yo llegué en el 94... [risas]”* (Pedro, 57). Otra opción es trabajar en las comunidades autónomas que permitan ejercer la especialidad con el título sin homologar: *“sé que en Huesca tienes que tener la especialidad homologada. Lo que pasa es que hay una cláusula de que si hacen falta especialistas se les contrata, entonces en Cataluña existe la posibilidad de ejercer la especialidad solo con el título de medicina homologado”* (Uru-H, 00). Y una última modalidad es iniciar nuevos procesos de formación especializada. En este sentido, pueden encontrarse tres situaciones. La primera de ellas es realizar toda la formación especialista en España, haciendo una maestría primero y luego la especialidad en el sistema MIR: *“hice un máster semipresencial, un año de Internet y dos semanas del práctico. Y cuando terminé decidí prepararme para el examen del MIR, lo presenté en enero de 2012, y bien, pude escoger plaza”* (Olga, 33). La segunda, es haber realizado la especialidad en Latinoamérica, y en España cursos de formación y maestrías: *“cuando yo llegué a los 20 días estaba estudiando un máster. Yo estudié Salud Pública y [esposa] Puericultura, y luego los dos otro de Urgencias. O sea, estudiamos mucho para competir, pero también trabajamos mucho porque todo eso cuesta”* (Pedro, 57). Por último, están aquella-so profesionales que cuentan con una especialidad en Latinoamérica y que realizaron o están cursando una segunda especialidad en el sistema de formación MIR: *“con el título homologado, me inscribí en el MIR. Estudié bastante, y me fue bien, podía elegir lo que quisiera”* (Víctor, 42), *“yo estaba en un momento vital diferente, ya había trabajado en varios sitios, tenía mi experiencia, tenía una niña y trabajaba. Me pedí vacaciones, y estudié yo solo durante seis meses para el MIR. Me fui sin mucho estrés y pude escoger lo que quería”* (Heberto, 40).

Las experiencias laborales en España para este grupo de profesionales, pueden clasificarse en dos grupos. Primero, aquellas personas que han ejercido como médica-o general y luego como especialista: *“trabajé en tres mutuas. Luego estuve como médico de una empresa de medio ambiente. De ahí como médico de prisiones. Buscando en Internet necesitaban [especialidad] en [hospital público], yo mandé un curriculum y entré a trabajar”* (Ximena, 47). Segundo, las-os médicas-os que han ejercido su especialidad durante todo el tiempo, bien sea en periodos de buena oferta del mercado laboral: *“siempre trabajé por debajo de cuerda haciendo guardias de [especialidad] desde que era R2. Cuando terminé la residencia me contrataron en el hospital y trabajé dos años más. Una amiga me dijo que un amigo [país LAM] necesitaba [especialidad] para la clínica privada. Entonces renuncié a la pública y ya llevo siete años con él”* (Víctor, 42), *“en ese momento había oferta de buenos trabajos. Antes de coger plaza en el MIR estuve trabajando en [CA] en atención primaria y hacía guardias”* (Heberto, 40). O en periodos de baja oferta de trabajo como especialistas:

Cuando vine había 20.000 médicos en paro. Por unos amigos conseguí un trabajo en Baleares y me fui, era un acuerdo entre el dueño del policlínico privado y yo, entonces él se quedaba con el 70% y yo con el 30% del paciente que atendía. Pero en verano siempre necesitan médicos y a [esposa] y a mí nos conectaron en la seguridad social. En 1998 venimos a [CA] a trabajar en un hospital en la seguridad social y solo hemos tenido contratos de guardias. También estamos por guardias en el servicio de urgencias de la pública. Y he trabajado en varios sitios de la privada como autónomo, sin seguridad social ni nada (Pedro, 57).

En la actualidad, las-os médicas-os de esta trayectoria ejercen su especialidad en España. Por una parte, en instituciones privadas: *"llevo siete años en la clínica. Y ahora yo sé que mi jefe tiene miedo a que yo me vaya y me lleve las pacientes. Pero yo siempre le digo: 'Tú ya conoces mi trabajo, si tú ganas 3.000€ por un [procedimiento] no me des solo 500€, dame 1.000€'. Estaría la opción de ser socio, pero no sé..."* (Víctor, 42). Así como las-os médicas-os que están en el sistema de formación MIR: *"estoy como R3, y de hecho soy estudiante otra vez, pero yo me puedo alquilar mi piso, tener un coche, hacer viajes y no me falta nada"* (Heberto, 40), *"ahora tengo trabajo al menos por cuatro años, donde me pagan bien. Al mes gano entre 1.500€ y 1.800€"* (Olga, 33). Y por último, las-os especialistas que están en la seguridad social con contratos por guardias: *"voy a cumplir cuatro años en [hospital público]. Si hago seis guardias de [especialidad] serían 2.300€. Y si hago [otra especialidad] más las guardias que se compran, llego a los 3.000€ y pico de euros. Pero yo trabajo solamente seis días al mes"* (Ximena, 47), *"trabajo en la seguridad social en dos sitios, uno con contrato de guardias de 17 o 24 horas, y el otro como personal fijo en el [unidad móvil], y hago seis guardias al mes. Entonces, el contrato fijo es hasta el día de echarme por algún proceso administrativo. Y en el hospital hasta julio, renovamos dos o tres veces al año, y me pagan las guardias que haga"* (Pedro, 57).

En cuanto a los planes para el futuro de las-os profesionales de esta trayectoria las alternativas están en relación con los deseos individuales. Por una parte, se encuentran aquellas-os profesionales que no se planten volver a su país en América Latina y quieren quedarse en España: *"regresar a mi país no, porque conociéndome el orgullo es más fuerte que yo y no. Y no me iría tampoco para otro país de Europa o Estados Unidos"* (Ximena, 47), *"por ser asilado mi condición no es igual a la de otras personas. Y, claro, me sentiría mucho mejor en mi país. Pero bueno, no, no tengo problemas de quedarme en España, por ahora están resueltos mis problemas básicos"* (Pedro, 57). Asimismo, están las-os profesionales que no tendrían problema en irse de España: *"tal vez me veo fuera de España, pero no en mi país todavía. He hecho entrevistas en Australia y Singapur, y no tendría problema en trabajar allí. Ahora justo me homologaron el título de [especialidad] en mi país, eso lo tendría listo para volver cuando quiera"* (Víctor, 42). Por último, para las-os profesionales que están en el sistema MIR la presión sobre el

futuro es menor para aquellas-os que están iniciando la formación: *“me quedan tres años de la residencia y [pareja] es funcionario, y él económicamente está muy estable”* (Olga, 33). Caso contrario a las-os residentes que están en los últimos años, cuya decisión empieza a estar más definida: *“a mí me gustaría vivir a medio camino, entre España y [país LAM] porque ya con hijos aquí se vive bien, y en mi país hay muchas cosas por hacer. Empezaré a buscar trabajo aquí en los últimos meses de la residencia, pero siempre sabiendo que puede que haya que emigrar otra vez”* (Heberto, 40).

Por último, en las-os médicas-os de esta trayectoria afloran sentimientos de satisfacción por la elección de la medicina como profesión: *“me gusta mucho que un paciente se vaya agradecido, de haber dado con el problema. Para mí eso vale mucho”* (Ximena, 47), *“siempre quise ser médico y soy médico. Mi carrera me ha dado todo lo que soy”* (Pedro, 57), *“para mí es el todo... no sé si es exagerado, aunque nunca el motor ha sido el dinero, porque la mejor recompensa es sentir que tu trabajo ha llegado a la gente”* (Víctor, 42), *“no tengo otra manera de ser, no de forma poética porque la verdad es que se sufre”* (Olga, 33), *“ser médico es una de las formas más bonitas de pasar tu vida, y te da libertad porque te permite moverte por el mundo. Ayudas a otros, sabiendo que la medicina puede ser empleada para hacer el bien o para hacer el mal”* (Heberto, 40). En el marco de estas percepciones, sobre la valoración de la trayectoria recorrida en la medicina, los relatos expresan el cumplimiento de metas profesionales: *“en cuanto a tecnologías aquí está todo lo último. Por ejemplo, somos el segundo país del mundo en menor [indicador] después de Canadá, y eso me permite conocer a los que son referente en el mundo. Hasta tengo fotos con ellos en el Facebook [risas]”* (Víctor, 42). La satisfacción por estar haciendo la especialización: *“aquí las cosas van un poquito más tranquilas. Los médicos que hacemos la residencia en España no vemos el estrés... yo hasta estoy subiendo de peso”* (Olga, 33). Así como el logro de deseos personales: *“hasta ahora he podido cumplir todos mis sueños, he podido viajar y me conozco medio mundo”* (Víctor, 42), *“me siento bien, me siento conforme, realmente no me puedo quejar, he hecho lo que he querido, he tenido suerte porque no he tenido mayores problemas”* (Heberto, 40). Aunque, en el caso del asilo político el discurso difiere a las demás experiencias: *“tienes que tomar la decisión porque no hay otra posibilidad. Y a mis hijos no los vi en 12 años, fue lo más penoso y desastroso de mi vida. Además cuando llegué lo más difícil fue estar cinco meses en un centro de refugiados, porque conoces todos los casos y hay cosas terribles”* (Pedro, 57).

Este grupo de profesionales menciona también un contraste en cuanto a los ingresos en el mercado médico laboral de España. Por una parte, se reconoce la disminución de los mismos en lo público: *“me da posibilidades de mantener a mi familia que es muy grande, ya te digo tengo seis hijos. Y los mantengo un poco más apretadamente que antes, porque cada vez nos*

*disminuyen más la paga” (Pedro, 57). Y de otra, el aumento de las ganancias cuando se es especialista reconocido en clínicas privadas: “cuando cambié la comodidad de la pública, de trabajar solo en las mañanas y poder ir al gimnasio en las tardes, para ir a la privada es para poder regalarle una casa a mis padres, ayudar a mi hermana y a mi sobrina” (Víctor, 42). Adicionalmente, para las-os médicas-os con especialidad en Latinoamérica y una segunda en España es particularmente complejo iniciar un nuevo proceso de formación después de la experiencia obtenida como especialista en sus países de origen: “fue muy duro, empezar de cero, de médico raso, tuve una depresión, ¿eh?, es el único momento en mi vida que he estado bajo de nota. No entendían lo que yo decía, utilizábamos términos diferentes. Había que bajar la cabeza, sobre todo en ese hospital. Bueno, si en mi país hay jerarquía aquí: “No mires al doctor fulanito a los ojos” (Víctor, 42). De la misma forma, que asumir el trabajar en actividades no cualificadas: “mientras homologaba el título de médico, trabajé cuidando enfermos. O sea, de trabajar en un hospital, en una universidad, pues... a cuidar enfermos en casas particulares. Pero bueno, me pagaban muy bien, en negro” (Pedro, 57).*

## Especialistas en Latinoamérica y en España

Por último, en este escenario se encuentra la trayectoria conformada por las-os especialistas que realizaron su formación en Latinoamérica y cuentan con la homologación del título en España (Tabla 26). Vale la pena mencionar que esta fue la única trayectoria en la cual no se logró contactar a una mujer como parte de la investigación.

Tabla 26. Escenario Tres: Médicas-os Especialistas (Trayectoria 6)			
Médica-o	Formación y servicio social obligatorio (*)	Movilidad internacional	Trabajo(s) actual(es)
<b>T4. Título de especialista obtenido en Latinoamérica con homologación</b>			
<b>Andrés, 43</b> pareja, sin hijas-os, alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SEC: privado bilingüe</li> <li>– MED: universidad privada católica</li> <li>– SSO: zona rural</li> <li>– ESP: 4 años en LAM universidad privada católica, 2 años subespecialización en España</li> </ul>	– 11 en España, nacionalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Clínica privada como especialista, contrato por servicios</li> <li>– Ingresos: &gt;3.500€</li> </ul>
<b>Gerardo, 53</b> casado, dos hijas, alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SEC: público</li> <li>– MED: universidad pública</li> <li>– SSO: zona rural</li> <li>– ESP: 4 años en LAM en universidad pública</li> </ul>	– 8 en España, nacionalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospital público como especialista, contrato interino indefinido</li> <li>– Guardias en clínica privada como especialista, contrato por servicios</li> <li>– Ingresos: &gt;3.500€</li> </ul>
<b>Javier, 45</b> casado, dos hijos, media-alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– SEC: privado</li> <li>– MED: universidad pública</li> <li>– SSO: capital del país</li> <li>– ESP: 4 años en LAM en universidad pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 29 en LAM, retornado a España</li> <li>– 10 en España, nacionalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospital público como especialista, contrato interino indefinido</li> <li>– Ingresos: &gt;3.500€</li> </ul>
<b>Fuente:</b> Elaboración propia			

Las experiencias en la medicina de los médicos que conforman esta trayectoria, se inician con la realización de la especialización justo al terminar el servicio social obligatorio: *“en eso también tuve suerte, no estuve un solo día de desempleado, en diciembre del 93 terminé el rural y en enero del 94 ya estaba en la especialidad. Fueron cinco años, muy bien, buenos tratos, y tuve de adjunto a la persona que más me ha enseñado en la vida”* (Javier, 45), *“después del rural me vine a Inglaterra un año a mejorar el inglés. Ya regresé para prepararme para el examen de la especialidad, la hice en la [privada]. Ahí vivía con mis papás dedicado totalmente a mi carrera”* (Andrés, 43), *“después de terminar la carrera, inicié la residencia y ya tenía unos meses de casado. Cuando terminé, ya había nacido mi primera hija”* (Gerardo, 53). La característica de los especialistas de esta trayectoria son las experiencias laborales altamente remuneradas, todas ellas fuera del ámbito científico. Sin embargo, se presentan diferentes alternativas. Por una parte, está la creación de clínicas privadas propias: *“estuve trabajando con un pie en la pública y otro en la privada hasta el 93. Y de ahí para adelante fue solamente privada. Yo tenía claro que mi parte científica quedaba cuando hice la residencia, porque yo lo que quería era ganar dinero y sí, sí gané mucho dinero... y he perdido mucho también. Desde el inicio empezamos mi esposa y yo una clínica. Compramos una casa vieja y la rehabilitamos para hacer la consulta”* (Gerardo, 53). De otra parte, compaginar varios trabajos tanto en lo público como en lo privado: *“por contactos antes de terminar la residencia ya pasaba consulta como [especialidad]. Y como tenía contactos en el fútbol, ya me contrata el mejor equipo de [país LAM]. También estaba de adjunto en el hospital en la seguridad social. Allí iba a las guardias, pasaba por la mañana, luego con el equipo, por la tarde la privada y en la noche me pasaba otra vez por el hospital”* (Javier, 45). Así como el pluriempleo, pero esta vez solamente en instituciones privadas: *“había rechazado un puesto por la opción de Médicos sin Fronteras que no salió. Y tuve que empezar a mandar currículos. Me cogieron en [privada] y en el seguro social, todo por enchufe. Ya tenía dos trabajos pero quería más dinero. Y en el tiempo que me quedaba libre empecé a trabajar en cinco centros diferentes, en tres ciudades distintas, y andaba de un lado para otro. Y... ¡fue una locura! Vivía con mis papás, tampoco gastaba dinero, todo me lo ahorraba y me daba la vida de rico”* (Andrés, 43).

Los motivos para iniciar un proceso de movilidad internacional en esta trayectoria, tienen que ver con diferentes aspectos. Entre ellos, la situación sociopolítica y de seguridad del país donde se reside: *“con ese ambiente tan malo político, social, que no se puede parar en un semáforo rojo porque te pueden atracar, mis padres deciden venirse porque ya no aguantaban más la situación”* (Javier, 45). Asimismo, problemas económicos de índole personal: *“como te digo, tú ganas mucho pero pierdes mucho y cuando fue... hice un mal negocio en 2003 y 2004, y ahí he perdido muchísimo dinero y tenía que recomenzar de cero”* (Gerardo, 53). Por último, por razones de



cualificación y reconocimiento en la especialidad: *“estaba ganando mucho dinero pero estaba condicionando mucho mi calidad de vida. Y tenía mucho reconocimiento como [especialidad]... pero me faltaba algo. Y necesitaba demostrarme a mí mismo que era capaz de hacer algo más importante, necesitaba subespecializarme, marcar una diferencia con todos los demás, que fuera un tipo reconocido”* (Andrés, 43).

Con la decisión de cambiar de país, la elección de España está basada en las redes con las que se cuenta. Por una parte, están los vínculos familiares como pertenecer a una familia española: *“mis padres son españoles y vuelven en el 2002. Arreglan aquí sus papeles, y al año siguiente me vengo yo con mi esposa. Mi hermano logró venirse un año después, y mi hermana se vino hace poco”* (Javier, 45). Así como estar casada-o con una persona de descendencia española: *“para recomenzar en [ciudad LAM] yo he optado para empezar aquí en España, porque mi esposa es de descendencia española. Ya tenía una hija aquí, mi esposa también ya tenía intenciones de venir, la otra estaba preparando la selectividad para hacerla acá. Y entonces dije: ‘Vámonos todos para allá’”* (Gerardo, 53). De otra parte, los vínculos profesionales conformados durante la formación y trayectoria laboral, funcionan como mecanismo de atracción y de acogida: *“cuando roté aquí en el último año de especialidad, con el que estuve me dijo que si quería volver. Me hice muy amigo de él en esos dos meses, trabajé muchísimo con él, y le gustó como trabajaba. Y me di cuenta que él sabía muchísimo, que estaba muy solo y que tenía un potencial grandísimo. Nos seguimos escribiendo, y yo pedí una beca para venir a estudiar a España y empecé a formarme con este doctor”* (Andrés, 43). En este caso, de la formación profesional, también se escoge España por las posibilidades de vinculación laboral luego de terminada la subespecialización: *“mi opción era irme para Inglaterra o para Estados Unidos. Pero aquí a pesar de que no era un programa de subespecialidad como en Estados Unidos, vi que me podía meter al sistema. No quería estar en un lugar donde me echaran directamente al haberla terminado y regresar a [país LAM]. Yo quería tener un lugar donde terminando la estancia, existiera una posibilidad de quedarme”* (Andrés, 43).

En cuanto a la homologación de los títulos de medicina y de la especialización, existen marcadas diferencias en cuanto a los procedimientos. Mientras que para la formación médica sigue siendo, como en todas las trayectorias, un trámite burocrático de fácil acceso y resolución. Es más, se realiza aún sin la intención de iniciar un proceso de movilidad a España: *“yo ya había sido precavido y había homologado todos mis estudios de medicina, cuatro años antes de venirme”* (Javier, 45), *“por casualidades de la vida en el año 2000 dejé los documentos en la embajada para homologar mi título de médico. Pero a mí no me interesaba venir para acá, pero por si acaso lo hice”* (Gerardo, 53), *“el de médico ya lo tenía homologado desde que hice el rural”* (Andrés, 43). Todo lo contrario a la homologación del título de

especialista, que es un proceso largo, complicado y de una alta exigencia académica: *“tardé como tres años en homologar el título porque allí es un desastre para conseguir los programas, y legalizarlos. Y desde el momento que los mandé a España tardaron año y medio, pero en total como cuatro años”* (Javier, 45), *“mientras tanto me estaba preparando para hacer otra especialidad en el MIR porque la homologación estaba tardando demasiado. Y resulta que cuando fui a hacer el examen del MIR también me llamaron para hacer el examen de homologación de la especialidad, y no tuve la necesidad de hacer el MIR. Ese trámite de la homologación ha tardado tres, cuatro años para salir”* (Gerardo, 53),

Nos presentamos 48 al examen y pasamos cuatro, tres [país LAM] y un cubano. Había latinoamericanos, y españoles que habían hecho la especialidad en otros lados. Son unas exigencias muy duras para homologar los títulos, es muy complicado para cualquier profesional. De hecho yo estudié mucho, yo creo que es la época que más [especialidad] he sabido. Era un examen que solamente te podías presentar dos veces en la vida, y si lo perdías te tocaba hacer el MIR como única forma para tener la especialidad. [...] Se homologa con un examen y además tienes que cumplir requisitos, mi especialidad en [país LAM] eran cuatro años y aquí son cinco. Entonces tenía que haber demostrado que tenía dos años de experiencia, que lo hice valer con el tiempo que había estado aquí aprendiendo con el doctor este. Es la primera vez que un examen me iba a costar algo en la vida, porque era todo o nada. De hecho el examen escrito no lo pasé en la primera tanda, me quedé a cuatro puntos. Hice un escrito pidiendo que me revisaran mi examen, porque las respuestas que yo había dado mal eran todas impugnables. Entonces impugné el examen y pasé a la segunda ronda que era un examen oral que traían profesores de toda España. Y ya ahí sí yo sabía que no tenía problemas, porque yo estaba muy bien preparado. En 2004 me convierto en [especialidad] español, sin pasar por el MIR (Andrés, 43).

Aunque es reconocida la dificultad en el procedimiento de homologación del título de especialista, también se hace hincapié en la importancia de contar con redes profesionales que agilizan este procedimiento: *“el jefe de [hospital] era el jefe de las homologaciones de títulos del ministerio. Entonces me dijo: “¿Y tus papeles están aquí?”, “Sí”, “La última semana del mes tengo que ir a Madrid para ver ese tema, y yo voy a ver tus papeles”. Y efectivamente, en nada me homologaron la especialización”* (Gerardo, 53), *“me dejaron después de mucho pedirlo presentar los requisitos. Pero estaba muy metido donde tenía que estar, y conocía a todos los de la comisión de evaluación”* (Andrés, 43). De otra parte, durante la tramitación de este proceso y al tener el título de medicina homologado los profesionales pueden insertarse en el mercado médico español. Los relatos dan cuenta del trabajo como especialista en las instituciones privadas a través de las redes profesionales: *“en un congreso de [especialidad] en [país LAM] conocí a un médico español, especialista en [subespecialidad]. Me presenté, le dije que era español y que me gustaría trabajar con él. Cuando*

*llegué le escribí y me ofrece trabajo en una clínica privada. En esa clínica estuve tres años, pero me sentía explotado, subestimado. Claro, los primeros años estás inestable sin título, y si no me dan el título, ¿qué hago yo aquí?” (Javier, 45). Así como también se aceptan trabajos como médico general en empresas y clínicas privadas, hasta obtener unas guardias en la especialidad en la seguridad social: “trabajé en la [multinacional] como médico generalista. Como hace seis años estaba en esa burbuja española que necesitaba médicos, un compañero me dijo: “Como ya tienes los papeles metidos en el ministerio, ¿por qué tú no te acercas a [CA] a ver?”. Fui y hablé con el jefe del servicio, y empecé haciendo dos guardias a la semana fijas y me he quedado con ellos dos años. Con contratito basura en la sanidad pública, eso es verdad, pero aún no tenía el título de [especialidad] homologado” (Gerardo, 53).*

En cuanto a los permisos de permanencia para aquellas personas que no cuentan con la nacionalidad por nacimiento en España, existen desde los relatos dos formas de adquirir este documento. De una parte, está el matrimonio con una persona con nacionalidad de España o cualquier país de la Unión Europea: *“yo era el único extranjero [risas] porque mi esposa y mis hijas tenían la nacionalidad española. Y llegué como familiar comunitario, con permiso de residencia y trabajo” (Gerardo, 53).* Y de otra parte, a través de un contrato de trabajo como médico, en este caso cuando dependiendo de la legislación vigente, aún se optaba al permiso de permanencia mediante una plaza en el sistema MIR de formación de especialistas:

No era español y entonces no podía ser contratado en la seguridad social. Y ¿casarme por los papeles? Jamás. También estaba la opción de hacer el MIR para tener contrato de trabajo, pero yo he hecho demasiado esfuerzo para ser [especialidad], para ahora ser médico de familia. Pero una amiga me convenció y lo presenté. Había una plaza en el hospital que yo estaba para microbiología, y la cogí con tan buena suerte que mi jefe directo de la subespecialidad era amigo del jefe de servicio y me iba a ayudar. En esa época todavía podíamos conseguir permiso de trabajo siendo residentes, porque los residentes actuales se quedan como estudiantes. Con eso empecé el trámite de la nacionalidad, y tardó lo que le tarda a todo el mundo en salir, dos años y pico (Andrés, 43).

Una vez se cuenta con las credenciales de especialista y la nacionalidad, la meta profesional es ingresar a la seguridad social en la especialidad correspondiente. Sin embargo, esta opción depende de la época en cuanto a la cantidad de plazas en lo público, y de las redes profesionales con las que se disponga para acceder a ellas: *“entré por contacto porque no hice ningún concurso, solo estaba en el momento adecuado. Yo empecé a trabajar en la seguridad social en el 2005, y dejé la privada hace dos años, harto, harto...” (Javier, 45). Así mismo, dependiendo de las plazas es posible elegir la comunidad autónoma en la que se quiere residir: “pensé: ¿Dónde necesitan [especialidad], dónde tengo más seguridad, dónde las personas son más*

*receptivas?’ Entonces he investigado dónde podría ser la mejor oportunidad de trabajo, y vine para [CA] por invitación de ellos” (Gerardo, 53). De la misma forma, si el mercado laboral privado requiere de especialistas se compagina el trabajo tanto en lo público como en lo privado: “me contratan en el hospital como [especialista], y además me hacen una oferta para llevar la unidad de [subespecialidad] en el [hospital] que iba a ser el fuerte de [CA] en la privada. En estos años me llaman para hacer parte de las dos juntas españolas de [subespecialidad], y con esto ya me meto completamente en la cuestión política” (Andrés, 43).*

En la actualidad, estos profesionales están en diferentes escenarios en el mercado médico laboral de España. Uno de ellos, son aquellos especialistas que solo están en la seguridad social específicamente en hospitales de reciente inauguración: *“cuando abrieron este hospital nos trasladaron y aquí estoy como indefinido, pero te pueden echar en cualquier momento con un decretazo del gobierno. Trabajo de ocho a tres, de lunes a viernes, y hago unas cinco guardias al mes de 24 horas. Y mis funciones son de [especialidad], hay días que tengo consulta, otros tengo quirófano, y otros estoy en planta” (Javier, 45). De la misma forma, se puede compagnar el trabajo en la seguridad social con la práctica en el mercado privado: “es un hospital que fue inaugurado hace dos años, bastante bueno en tecnología. Sigo con contrato basura que firmo dos o tres veces al año, porque mientras no tengas una oposición sigue siendo basura. Tengo mi consulta y hago guardias, y soy uno de los responsables de los residentes. Además de eso trabajo en la parte privada. Y muy bien, mi agenda está completa en ambos sitios. Claro, gano mucho menos que en [país LAM]” (Gerardo, 53). Así como también, puede ejercerse la especialidad solo en instituciones privadas: “mi objetivo actual profesional sería liderar una unidad de [subespecialidad], y en el hospital público nunca iba a llegar a eso. Pero la decisión ya se vuelve de otro tipo, porque ahora lo más importante es mi vida personal y por eso me vine a [CA]. Aquí estoy como autónomo y es lo único que tengo. Pero bueno, aquí estoy encantado, me pagan muy bien y estoy pendiente que salga lo de la pública, que ya está apalabrado pero va a tardar un poco” (Andrés, 43).*

Con respecto a la proyección hacia el futuro, las apreciaciones de este grupo de especialistas pasan por no volver a Latinoamérica. En el caso de los profesionales que están en la seguridad social, las posibilidades con respecto al futuro en la profesión médica son expresadas sin mayor preocupación: *“sinceramente lo veo bien, porque creo que los peores momentos ya han pasado. Ya tengo mucho tiempo en el servicio, ya me conocen, saben cómo soy. Y si no me voy a quedar en la pública, tengo la privada” (Gerardo, 53), “ya veré, que deje de trabajar en la pública es factible, sé que eso puede pasar. Si pasa, ya veremos” (Javier, 45). En cuanto a los especialistas que están ubicados laboralmente en el mercado médico privado, buscan afianzarse en estas instituciones, al mismo tiempo que*

esperan una oportunidad en la seguridad social: *“el perfil por el que he luchado hasta ahora es por ser jefe de unidad, pero no va a ser fácil. Aquí el objetivo es ser [subespecialista] de referencia en [CA] a nivel privado, y hacer dinero, vivir mejor, haciendo lo que me gusta. Y sigo a la espera de que me metan en el hospital público. No vuelvo a mi país porque aquí tengo un proyecto laboral y ahora la parte sentimental y familiar”* (Andrés, 43).

Como en las trayectorias anteriores, la valoración sobre el haber elegido la medicina como carrera profesional es muy positiva: *“significa una forma muy importante para ser feliz. Es tan importante para mí que por eso le gasto toda la energía que puedo. Significa tener reconocimiento, tener para comer, gran parte de mis amigos. No sé si es bueno o malo, pero es así”* (Andrés, 43), *“estoy muy orgulloso de ser médico. Además me siento preparado y las lagunas que yo tenía en [país LAM], con estos años en España he adquirido más conocimientos. En este momento podría trabajar como [especialidad] en cualquier país del mundo”* (Javier, 45). Sin embargo, se encuentran matices en cuanto a la percepción de la trayectoria laboral que de forma retrospectiva es expresada en los relatos. Por una parte, la satisfacción por las experiencias laborales vividas y por el reconocimiento obtenido a través de ellas: *“el reconocimiento profesional dentro del medio médico influye mucho, y ese reconocimiento que tengo en mi especialidad hace que yo esté muy a gusto. Ya no quiero más protagonismo, que tú puedas ejercer la medicina sin estar pendiente de quién está encima o quién está por detrás, y eso es muy bueno”* (Gerardo, 53). Así como también emergen sensaciones, por una parte, de temor frente a cambios importantes como el inicio de una familia y el moverse a un nuevo espacio geográfico, que disminuyen el ritmo competitivo de la trayectoria laboral:

Ahora que el reconocimiento ya lo he adquirido en cierta forma, y no lo necesito tanto... porque yo nunca esperaba estar en un grupo élite, yo quería salvar gente, pensar más en cuestiones humanas. Y mira ahora estoy convertido en otra cosa, un tipo que piensa en tener dinero a partir de su profesión y ser jefe de una unidad. Lo que pasa es que ahora todo está modulado por lo que se volvió lo más importante, que fue cuando decidí casarme con [prometida] y venir a su ciudad, creo que de esa forma me he salvado. Pero tengo mucho miedo de lo que pase en el futuro... (Andrés, 43).

Y de otra parte, el desencanto por la práctica de la especialidad en España en relación con Latinoamérica debida a la disminución de estatus social y económico, y a la falta de redes profesionales, pero a su vez, la satisfacción por la calidad de vida obtenida en este país europeo:

Soy médico en España porque no puedo hacer otra cosa. Ahora en otro país lo haría porque a mí me gusta mi [especialidad]. Desde que yo llegué los médicos ganaban poco y trabajaban mucho... ahora trabajamos igual y ganamos menos. Además, es un cambio tan brusco para los que venimos

de allí con cierto nivel que es difícil. Porque allí eres alguien, conoces el medio, aquí no eres nadie, es muy duro. Y te digo que el médico de [país LAM] no sale de su país porque gana mal allí, es por la situación social. Pero bueno, todo lo pongo en una balanza, por lo menos estamos tranquilos, mis niños van al colegio, mi esposa sale a las once de la noche, o sale del hospital de guardia y yo estoy tranquilo. Allí no podría vivir. Entonces mira, he dejado de ganar cosas, he sacrificado cosas, porque yo se los digo a mis compañeros: "Si yo estuviera en [país LAM] ahora sería millonario, pero a lo mejor ya me hubieran matado un familiar" (Javier, 45).

## **7. Factores entretejidos que configuran los itinerarios**

Una vez descritas y tipificadas las trayectorias educativas y laborales transitadas por las-os médicas-os, este último capítulo expone los factores que configuran sus itinerarios. El haber elegido como marco estructural el sistema colonial/moderno y la interseccionalidad como enfoque analítico, remite a interpretar estos factores a la luz de procesos sociohistóricos de estratificación social entre Latinoamérica y Euro-Norteamérica. Procesos que operan en el entramado de categorías de clasificación y jerarquización social, -clase, raza/etnia, género, edad, especialidad-, que se modifican entre sí, y que a la vez, tienen efectos acumulativos de privilegios/dominaciones que dependen de la situación y del contexto espaciotemporal. Desde un punto de vista situado de co-reflexión en tanto clases profesionales latinoamericanas con movilidad internacional, a continuación se analizan los factores que configuran los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os, que coinciden ejerciendo su profesión en España. Si bien estos factores se construyen simultáneamente a lo largo de las biografías, tejiendo una densa urdimbre por la que circulan las trayectorias educativas y profesionales en la medicina, para efectos de presentación en este documento se han organizado en cuatro epígrafes. El primero de ellos, contempla la familia en tanto posibilidad para la formación médica, pero a la vez, como imposibilidad para el ejercicio de una medicina competitiva. El segundo, indaga por las posiciones ocupadas y las relaciones establecidas en el campo médico dadas por la especialidad como distinción profesional, los cargos, espacios y ejercicios de poder, las relaciones entre colegas y pacientes, y las redes como un denso entramado profesional. Por último, son consideradas dos dinámicas contemporáneas que configuran los itinerarios. De una parte, el ejercicio en los sistemas sanitarios neoliberales, enfatizando en los cuestionamientos al profesionalismo médico, así como en los efectos de la aplicación de políticas neoliberales tanto en Latinoamérica como en España. Y por otra, la práctica médica en contextos de movilidad internacional, desde donde se moldean formas de estar transnacionales, cosmopolitas y multiterritoriales, pero que a la vez, experimentan el (re)conocimiento de la colonialidad.

## **Familias como posibilidades, y a la vez, imposibilidades**

La familia como factor que configura los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os en la profesión médica, opera en éstos de forma diferenciada. Por una parte, en la trayectoria educativa, tanto de la secundaria como de la universidad, la familia toma la centralidad como institución social que posibilita en gran medida la formación médica a través de los capitales que ha acumulado y que hereda a las-os hijas-os. Recursos que funcionan como estrategia frente a la cada vez más debilitada educación pública de América Latina. De otra parte, en la trayectoria laboral de los itinerarios, la conformación de una familia propia, representada en el proyecto de las-os hijas-os, compite con el tiempo que una profesión como la medicina demanda, obligando a las-os médicas-os a asumir diversas estrategias de conciliación.

### **Capitales familiares como posibilidades**

Como se ha mencionado, la familia y sus capitales<sup>83</sup> son fundamentales en las trayectorias de formación académica. No obstante, esta centralidad solo puede ser interpretada en sus reales dimensiones cuando se pone en relación con los sistemas educativos de América Latina. Con este fin, se presentan, como primera medida, los segmentos de la población latinoamericana que acceden a las facultades de medicina, para desde este contexto, analizar el rol de la familia como institución social que posibilita la formación secundaria y universitaria de las-os médicas-os. En este orden de ideas, el que una persona desee estudiar una carrera universitaria en Latinoamérica, en el periodo de los años setenta del siglo pasado a hoy, implica que se enfrente a varios elementos estructurales. Por una parte, al sistema-mundo colonial/moderno que moldea las sociedades latinoamericanas; de otra, a los cambios socioeconómicos generados a partir de la implementación de las políticas neoliberales en la región; así como a un sistema educativo con dificultades para garantizar el acceso a los grupos subalternizados<sup>84</sup> por la modernidad como estrategia de movilidad social ascendente. En el caso de la medicina, esta situación se complejiza dado su carácter de profesión que otorga privilegios y estatus tanto económicos como sociales.

Teniendo en cuenta que la admisión a la carrera médica depende en la mayoría de los casos de un examen de ingreso, el indicador entre la cantidad de aspirantes y los cupos ofrecidos ofrece un panorama de acceso

---

<sup>83</sup> Tal como se señaló en el capítulo de metodología, el análisis interseccional implica una relación cercana con el desarrollo teórico de Bourdieu sobre los estudios de la estratificación social.

<sup>84</sup> Personas en condiciones de pobreza, mujeres, pueblos étnicos, diversidades funcionales, cognitivas, sexuales, entre otras, así como sus interseccionalidades.



bastante complicado, tanto en las instituciones privadas como públicas. En relación a las universidades privadas, se presenta una diferencia entre aquellas de mayor prestigio y las recién creadas por las políticas de privatización en la educación superior. Mientras que en éstas el número de personas que se presentan no es alto: *“sí que hacían exámenes de selección pero más que todo de áreas básicas. Pero no se presentan tantos, realmente no éramos muchos”* (Nic-M, 00), en las universidades privadas de prestigio la situación es la contraria: *“se presentó muchísima gente. Yo iba súper enchufada, pero de todas formas me causaba estrés”* (Col-M, 90), *“dí tres exámenes muy duros y éramos cientos de personas para 70 plazas. El último año de bachillerato, tuve que pagar una academia privada para poder pasar”* (Per-H, 70). Si esta relación entre una gran cantidad de aspirantes y las pocas plazas se presenta en las universidades privadas de prestigio que tienen como barrera de ingreso el elevado costo de la matrícula, en las universidades públicas el proceso de selección recobra mayores dimensiones: *“cuando yo me presenté fuimos 1.500 e ingresábamos 30 porque solo había una facultad de medicina”* (Per-H, 90), , *“a un cupo de estos de medicina se pueden presentar miles”* (Cub-M, 90), *“5.000, 6.000 para unos 110, 120 cupos al año. Yo no sé ahora, pero sin duda debe haber aumentado porque al ser pública cualquiera se puede presentar”* (Ven-H, 00), *“eran 500, 600 para 200 cupos”* (Rdo, 90), *“el examen es muy difícil, más o menos se presentan 1.000 personas y entran 130”* (Par-M, 00), *“postulan para inscribirse alrededor de 5.000 a 7.000 personas. De esos solo ingresan unos 200”* (Bol-H, 00), *“6.000 personas para 50, 60 plazas”* (Bra-H, 80), *“como yo venía de un pueblo no tenía ni idea de la cantidad de gente que se presentaba, entre 5.000 a 6.000 personas para 120 cupos... es que son números absurdos”* (Col-H, 00).

Este proceso de cribado al funcionar como mecanismo de control de acceso a los cupos de medicina, permite la matrícula solo a una minoría. En este sentido, se va configurando a lo largo del periodo y de los países de estudio una estratificación por clase, género y raza. En relación a la clase social, las clases altas o privilegiadas cuentan con los recursos suficientes para enviar a sus hijas-os a estudiar al extranjero o a las universidades privadas del país: *“en general las personas que pueden acceder al estudio de la medicina en la privada en su mayoría son de clases privilegiadas”* (Col-M, 00), *“las clases altas salían al extranjero o ingresaban a las universidades privadas”* (Arg-H, 00). Las demás clases sociales comparten el espacio común de las universidades públicas, elegidas por su prestigio, los bajos costos de las matrículas, y/o porque el sistema en el país para el estudio de la medicina es exclusivamente público. Es decir, en estas instituciones públicas están matriculadas personas de todos los segmentos sociales, con mayoría de las clases medias: *“todos clase media, media alta y alta y los hijos de médicos... y no era frecuente que una persona que no viene del medio médico y además de un colegio público, llegara a una universidad pública”*

(Bra-H, 80), *“mediana más acercándose a alta y era muy, muy difícil en general para la clase trabajadora ingresar a estudiar medicina”* (Bol-H, 00), *“había más gente de estrato medio y medio alto, algunos de alto y muy, muy pocos de bajo”* (Col-M, 00), *“había desde los más ricos hasta amigos que sus casas eran de madera”* (Per-H, 90), *“hay gente que viene de clases altas, que la mayoría somos de clase media, y que de repente hay uno que otro de clases más bajas”* (Ven-H, 00), *“había gente muy, muy humilde de otras ciudades que eran brillantes. Luego menos, pero había gente con mucho dinero. Y luego, la mayoría clase media como yo”* (Par-M, 00).

Sin embargo, no cualquier persona puede acceder a las universidades públicas ya que en algunas ocasiones se excluye por razones religiosas, políticas y sobre todo, económicas: *“podían estudiar todos, negros, mujeres. Pero yo tuve un amigo que aún aprobando los exámenes, no lo dejaron entrar porque era católico”* (Cub-H, 90), *“para entrar había que políticamente pertenecer al partido, así que te aguantas y no te manifiestas en nada”* (Cub-M, 90), *“estudia el que puede no el que quiere, y yo creo que eso ha sido desde siempre hasta ahora. Estudian los que tienen más posibilidades económicas”* (Per-H, 70), *“el gasto es tremendo así sea en la pública”* (Gua-M, 00). En este sentido, aunque se reconoce el acceso universal a la universidad pública: *“si pasabas el examen podía estudiar el que quisiera, porque no se paga nada”* (Mex-M, 90), *“no tenía que ser ‘el hijo de’ o de ‘estatus tal’. Podía entrar cualquiera que le gustara la medicina, porque con un buen rendimiento académico podías entrar sin más”* (Cub-H, 80), en la realidad no muchas/os cuentan con los capitales necesarios para superar los procesos de selección de estas universidades:

Solo podían pasar una porción muy privilegiada en muchos aspectos. Es decir, Latinoamérica tiene una sociedad que está totalmente partida en gente que tiene mayor poder adquisitivo, con mayores ventajas a la hora de la formación, y una gran población que no tiene nada de esto. Tú y yo podemos tener las mismas capacidades, pero si a mí me educan en un colegio en el cual tengo inglés, los mejores profesores de matemáticas, una exigencia académica constante, pues obviamente mis oportunidades para acceder a la universidad van a ser muy superiores a las tuyas. Y una cosa que me llamaba mucho la atención, es que en la universidad pública en la que yo estudié, la gran mayoría de los estudiantes de primer semestre que estaban conmigo eran de colegios privados, o sea, gente que había tenido la oportunidad de pagar una excelente educación. Y un porcentaje muy bajo éramos de colegios públicos, que teníamos distinciones académicas a nivel nacional. Y yo creo que no era porque los de colegios privados fueran mejores que nosotros, sino porque desafortunadamente los que veníamos de colegio de provincia, donde la formación no es exigente, donde los docentes no se esfuerzan y no tienen recursos... por ejemplo, yo no tuve química inorgánica porque no había profesor en mi pueblo que la dictara [risas]. Entonces, claro, tú coges a una persona de estas y la pones a competir con un único examen de admisión, las ventajas siempre van a jugar a favor de los que más oportunidades han tenido. Entonces los que

estudiaban eran realmente los que habían tenido la suerte de haber recibido una formación apta para el examen, o muy pocas personas de las que veníamos de otros colegios, que por diversas situaciones pasábamos el examen de admisión, ya sea por esfuerzo personal, suerte... no sé... como lo quieras llamar (Col-H, 00).

De esta forma, el proceso de cribado en el ingreso a la medicina por clase social opera como un mecanismo de enclasmiento que permite a las clases medias y altas, y en muy poca proporción a las bajas, cursar la carrera. Asimismo, este privilegio de acceso por clase está generizado tendiendo hacia la feminización, debido al ingreso masivo de aquellas mujeres que, claro está, pueden asumir el costo de los estudios. En los relatos, la relación entre mujeres y hombres matriculadas-os en las facultades de medicina presenta un comportamiento cercano a la igualdad en los años ochenta, hasta llegar a tener una mayor presencia de mujeres en la primera década del siglo XXI. Sin embargo, existen matices en cuanto a los países y a la época. En los años setenta, los factores sociales que permiten el acceso al estudio de la medicina aún privilegiaban a los hombres: *“accedían más a las universidades los hombres, porque la mujer se tenía que dedicar más a su casa”* (Per-H). En los años ochenta se evidencia un acceso más próximo a la igualdad: *“era más o menos la misma cosa o quizás un pelín más de hombres”* (Bra-H), *“había un cuarenta por ciento mujeres y un sesenta hombres”* (Col-H), *“era bastante equitativo”* (Ven-M). Para la década de los noventa, la relación en cuanto a género, aunque en algunos países se mantiene en igualdad, en otros empieza a tender positivamente hacia las mujeres: *“eran más mujeres que hombres”* (Cub-M), *“siempre han sido más mujeres que hombres”* (Uru-H), *“éramos como igual, casi un pelín menos de niñas”* (Col-M), *“mitad y mitad, aunque incluso en el último año que estuve ya veía que en los primeros había más chicas”* (Ecu-H), *“llegamos a ser el setenta y cinco por ciento de mujeres”* (Mex-M), *“éramos casi mitad mitad, pero siempre había un poco más de chicas”* (Rdo-M).

Para la primera década del siglo XXI las condiciones sociales son más propicias para las mujeres, en cuanto al acceso y matrícula en las facultades de medicina, aunque en diferentes porcentajes: *“entramos 800 personas y eran muchas mujeres, ponle el 70%”* (Arg-H), *“en mi promoción como un porcentaje de 60%”* (Bol-H), *“creo que el 60% o más eran mujeres”* (Col-M), *“más, mucho más mujeres... un 70%”* (Ven-M). Asimismo, en esta década se presentan situaciones como un mayor porcentaje de mujeres en la privada en relación con la pública: *“cuando yo me fui a presentar a la pública la mayoría eran hombres en la fila, y en mi universidad no sé por qué todas mujeres”* (Col-M), *“ya en los últimos años eran más mujeres, un 60%. Pero en la pública había más chicos, pero tal vez tendiendo a equipararse”* (Par-M). Sin embargo, en los extremos están países donde la gran mayoría son hombres: *“de la poca cantidad de jóvenes que pueden acceder a medicina, en su gran mayoría es verdad que todavía siguen siendo hombres”* (Gua-M),

hasta otros donde lo son las mujeres: “*¡Están en minoría absoluta los pobres chicos!*” (Esp-M). Al indagar sobre las razones del ingreso masivo de las mujeres, se aducen explicaciones en relación con los roles asignados por el patriarcado del cuidado y la vocación de servicio: “*creo que es porque la dedicación al enfermo lo llevamos mejor las mujeres*” (Cub-M, 90), al incremento de facultades de medicina en universidades privadas: “*éramos más mujeres que varones, pero en la pública eran más hombres*” (Nic-M, 00), a los avances logrados por la lucha de los movimientos sociales a favor de la mujer: “*con lo del feminismo y la igualdad de género, yo creo que tratan de demostrarse a sí mismas y a los demás que sí pueden*” (Bol-H, 10), así como a la pérdida de estatus social y económico de la profesión: “*la carrera ha perdido prestigio y capacidad adquisitiva, y por eso los hombres se fueron a estudiar carreras como economía, ingenierías que podían producir más dinero que la medicina*” (Col-H, 90). No obstante, este proceso social de ingreso masivo de las mujeres, se ha venido desarrollando en sociedades que se perciben aún como machistas: “*todavía las mujeres sienten un poco el machismo. Entonces a lo mejor todavía están como muy limitadas en ese sentido*” (Bol-H, 10), “*todavía se siente bastante, incluso en toda Latinoamérica somos bastante machistas*” (Par-H, 00), “*somos muy machistas... las mismas mujeres son muy machistas*” (Per-M, 00).

Por último, si en Latinoamérica la medicina para las personas que pueden asumir los gastos de la carrera está generizada, con una tendencia a la feminización de la profesión, también operan procesos de racialización que mantienen una gran mayoría de blancos<sup>85</sup> y blancos mestizos<sup>86</sup>. Al respecto, las-os médicas-os expresan que en el momento en que estudiaron la carrera no era muy frecuente encontrar compañeras-os indígenas o afrodescendientes: “*no habían. Pero sí estudiamos mestizos, yo soy mestizo. Pero en otras universidades sí había gente de raza negra estudiando medicina*” (Per-H, 70), “*algunos negros, indios no tanto*” (Ven-H, 00), “*en mi semestre no había ningún negro, pero en la facultad habían tres*” (Bra-H, 80), “*no era muy frecuente ver gente negra en la universidad, ahora se ve más*” (Uru-H, 90), “*negros no habían. Lo que sí tenía era compañeros de rasgos muy*

<sup>85</sup> Como se mencionó en la metodología (capítulo 1), no se van a utilizar comillas para designar estos arquetipos coloniales. Sin embargo, vale la pena recordar que ‘blanco’ hace mención tanto al color de piel como a la identidad construida en la colonialidad como supremacía de la jerarquía social, y que muchas personas de color pueden adquirir mediante procesos de blanqueamiento.

<sup>86</sup> La ideología del mestizaje se desarrolla como un relato que permite, por un lado, invisibilizar el problema del racismo en la sociedad latinoamericana, y por el otro, hacer un discurso de supremacía racial basada en la mezcla de tres ‘razas’: blanco, indio, negro. No obstante, estas razas están jerarquizadas, de tal forma que se es más blanco que cualquier otra cosa, y a la vez, se propicia una tendencia hacia el blanqueamiento con la inclusión/exclusión selectiva de lo indígena y de lo negro. Contrario a lo que sucedió en el Cono Sur, donde funcionó un proyecto de blanqueamiento racial concretado en el favorecimiento de la migración europea en el siglo XIX, en el resto de Latinoamérica al no funcionar muy bien esa fórmula de blanqueamiento y con un gran número de población mezclada, se instaló más la idea de lo que Wade llama una “nación mestiza blanqueda”, es decir, los mestizos más claros se convirtieron de alguna manera en los ‘blancos locales’ (Gil, 2010).

*indígenas que venían de zonas selváticas, pero no eran de comunidades indígenas como tal* (Col-H, 00). Sin embargo, las pocas personas que logran acceder a las facultades es debido a la capacidad económica de sus familias: *“había un negro hijo de un ganadero con mucho dinero, muy buena gente, que le pagó prácticamente los dos últimos años a un compañero rubito que no tenía dinero”* (Ven-M, 80), *“en mi universidad había un negro. Era un niño muy bien. Claro, es que la [privada] estaba muy sesgada por el poder adquisitivo”* (Col-H, 80), así como a las políticas de discriminación positiva de algunas universidades, sobre todo públicas: *“en el examen de mi universidad hay unos cupos que se reservan para comunidades indígenas y negritudes”* (Col-H, 00). Con relación a las razones por las cuales el acceso de población étnica/racial no se da en mayores proporciones, se aduce a mecanismos de discriminación negativa de algunas universidades, en este caso privadas: *“era una universidad que es un poco elitista”* (Per-H, 70). También se cree que es debido a la concentración geográfica<sup>87</sup> de estas poblaciones en los países: *“es que en mi ciudad no hay negros, en el resto del país sí, pero en mi ciudad no”* (Bol-H, 00), *“yo estudié en Quito y no sabría si en las universidades cercanas a Esmeraldas a lo mejor había más gente, pero en la mía había muy pocos. Creo que había uno o dos de color negro”* (Ecu-H, 90). Por último, a factores socioeconómicos que hacen que no tengan oportunidades para acceder a la universidad: *“era una especie de discriminación contra los negros, porque no tenían muchas posibilidades de crecer socialmente”* (Uru-H, 90), *“hay una provincia en especial que es solo de negros, se llama Esmeraldas y es la más pobre del país, entonces muy poca gente llega a la universidad”* (Ecu-H, 90), *“es una cuestión de oportunidades y de injusticias porque es problema de la educación, de diferencias sociales, de clasismo y de racismo. Entonces ahí se generan unas brechas muy grandes para ellos”* (Col-H, 90).

Ahora bien, como se ha expuesto hasta este punto, en América Latina no toda-o la-el que quiere estudiar medicina, sino una minoría seleccionada socialmente por procesos entrecruzados de enclasmiento, generización y racialización que funcionan en el acceso a esta carrera universitaria. De la misma forma, no cualquier familia latinoamericana posee los capitales necesarios para asumir la realización de esta carrera, inclusive en instituciones públicas: *“aunque haya universidad pública, no todas las personas tienen acceso a estudiar una carrera que es muy cara y larga, y que implica mucho tiempo. Vas a tener que depender totalmente de tu familia*

---

<sup>87</sup> A este respecto, vale la pena mencionar que según los censos del 2000 a 2002, la población que se autoidentifica como indígena se concentra en Bolivia (66,2%), Perú (42,3%), Guatemala (39,5%), México (7,9%) y Ecuador (6,8%), porcentajes sobre el total de habitantes del país. Así como la que se autoidentifica como afrodescendiente está en Brasil (45%), Cuba (34,9%) y Colombia (10,6%). El resto de los países de Latinoamérica tienen una concentración de menos del 5%, en cada grupo étnico. (CEPAL, 2005).

*hasta los 26, 27 años*" (Gua-M, 00). En este contexto, el entramado de los capitales económicos, culturales y sociales acumulados por las familias y transferidos a las-os hijas-os, posibilita la formación universitaria a tal grado que independiente del nivel educativo de las-os progenitores, las-os hijas-os de estas familias han terminado sus estudios profesionales en medicina. El logro de este proyecto familiar en torno a la educación universitaria, genera, por una parte, un proceso de enclasmiento de las-os hijas-os en las clases profesionales latinoamericanas a pesar de la clase social<sup>88</sup> de la que provienen; y por otra, mantiene la posición social de las familias con capitales culturales representados en títulos universitarios, así como constituye para aquellas familias que nos los tienen un proceso de movilidad social ascendente a través de las profesiones de las-os hijas-os.

No obstante, estos capitales actúan de forma diferenciada sobre las trayectorias educativas. Por una parte, los capitales culturales y sociales familiares proveen el entorno en el que la elección de la medicina como carrera profesional es tomada, sin que se evidencien diferencias por género en los motivos por los que se elige esta carrera. Asimismo, estos capitales culturales promueven que las familias apoyen a las mujeres en cuestiones que contradicen la aún cultura patriarcal de Latinoamérica, relacionadas con el privilegiar los estudios sobre la maternidad, el asumir los retos y barreras de una profesión competitiva y tradicionalmente masculina, y a la vez, la satisfacción y tranquilidad por la independencia y autonomía económica del futuro de las hijas dado por el estatus social y económico de la medicina. Sin embargo, si bien los capitales culturales propician la formación médica independiente de la clase social de la familia, son los capitales económicos y sociales los que funcionan como mecanismo de diferenciación al orientar hacia lo que se puede aspirar o no, haciendo que algunas-os obtengan posiciones de mayor privilegio que otras-os en el campo de fuerzas del ejercicio de la profesión médica en contextos neoliberales y de movilidad internacional. Aunque estos capitales actúan dependiendo de los sistemas educativos y del grado de implementación de las políticas neoliberales de cada país, pueden analizarse aquellas situaciones transversales que definen en mayor o menor grado las posiciones en el campo. En el caso de la educación secundaria, los capitales económicos de las familias financian instituciones de prestigio, públicas o privadas, con resultados en la excelencia académica de las-os hijas-os. Empero, la mejor posición la ocupan aquellas-os que han aprendido más de un idioma, bien sea en una institución bilingüe generalmente privada, o con estancias en el extranjero. En este sentido, la cantidad de idiomas

---

<sup>88</sup> En términos de sus narrativas, Raquel, Víctor y Ximena perciben sus familias en la infancia y adolescencia de *"condición humilde"*, Alejandro, David, Mauricio, Patricia, Pedro y Sara como *"clase media baja"*, Javier, Lucía y Manuela de *"clase media alta"*, y solamente Leticia y Liliana se ubican en una *"clase privilegiada"*. El resto de médicas-os se autoidentifican como de familias *"clase media media"*.

dominados expanden el espacio geográfico hacia el cual se dirige la movilidad internacional, tanto de formación como laboral, y a su vez, limitan las posibilidades para aquellas-os que solo saben una única lengua.

Con relación a la educación superior, se presenta la misma dinámica que en la secundaria. Es decir, los capitales de las familias pueden cubrir los costos en universidades de prestigio, a las que se ingresa por la excelencia académica obtenida durante la enseñanza media. El estudiar en universidades de élite tanto privadas como públicas, otorga posiciones de reconocimiento y una formación sólida, estando en este caso en desventaja aquellas-os que han cursado la carrera en universidades privadas sin mayores estándares de calidad educativa. A la par de estudiar en instituciones de prestigio, el nivel de excelencia académica juega un papel importante a la hora de competir por privilegios que dependen de exámenes académicos, como oposiciones en el mercado laboral, cupos en los sistemas de especialización, así como en los procesos de reconocimiento internacional de credenciales educativas en la medicina. Asimismo, aunque es una carrera que implica altos costos, las familias han podido cubrir los gastos relacionados con matrículas, vivienda, transporte, actividades de ocio, libros, y actividades domésticas, permitiendo la dedicación exclusiva al estudio. Si bien existen diferencias en cuanto a las estrategias para asumir estos costos de acuerdo a las capacidades económicas de cada familia, éstas no constituyen ventajas o desventajas significativas durante la formación de la carrera. Vale la pena anotar, que las familias latinoamericanas con recursos económicos insuficientes, cada vez tienen más limitada la posibilidad de acceder al sistema público debilitado por las políticas neoliberales, las cuales han implementado como alternativa la financiación a través de créditos bancarios de los estudios universitarios: *“siempre queda sacar un préstamo durante la carrera para pagar después de graduarse”* (Col-H, 00). Otra ventaja competitiva en las que los capitales económicos son un elemento diferenciador, es cuando se puede asumir el costo de la realización de rotaciones del internado en el extranjero, así como la financiación para iniciar el ejercicio profesional: *“el grupo en el que yo estaba era de gente rica. De hecho a muchos de mis compañeros cuando salieron les compraron una consulta, en los mejores sitios de la ciudad y con mucha tecnología. Y claro, plata llama plata”* (Arg-H, 90).

En cuanto a los capitales sociales, las redes personales e institucionales familiares entran en juego al brindar las conexiones necesarias que permiten obtener el acceso a instituciones educativas especialmente privadas, el lugar deseado de realización del servicio social obligatorio, así como el acceso al mercado laboral médico, entre otros. Asimismo, durante la formación secundaria y universitaria en instituciones de prestigio con altos niveles de excelencia académica, se constituye a lo largo de las trayectorias educativas un denso entramado de redes, las cuales son un

elemento de posicionamiento muy estratégico durante los itinerarios en la medicina. De esta forma, la acumulación de redes y de relaciones entre redes, es obtenida a partir de las familias que las heredan a sus hijas-os, por las adquiridas en la trayectoria académica, y en el caso de aquellas familias que no las poseen por pertenecer a clases sociales bajas son adquiridas a través de las-os compañeras-os de estudio: *“éramos un grupito muy cercano, estudiábamos todo el tiempo, pero también como tenían mucho dinero me invitaban a sus casas y ahí conocía a sus padres que eran médicos, abogados”* (Víctor, 42).

Por último, al indagar sobre las razones por las cuales se debe el éxito en una carrera tan competitiva como la medicina, los dos médicos que han logrado mayor estatus económico y reconocimiento en la profesión tanto en Latinoamérica como España, coincidentalmente hombres, aducen a una combinación entre excelencia académica, meritocracia profesional y redes profesionales:

Siempre digo que tengo mucha suerte, pero la verdad la suerte te la trabajas tú también. Tengo amigos que llevan años presentando el MIR, uno se ha dedicado a la estética, otro trabaja en servicio a domicilio poniendo inyecciones y cosas así. Pero también son personas que yo conozco desde que eran estudiantes y eran el típico estudiante vago, solo pensando en la fiesta, incluso aquí siguen en ese plan. Y mientras ellos hacían eso, yo me quedaba estudiando porque la medicina es una carrera de méritos y de enchufes, porque si a ti te contratan por enchufe y si tú no das la talla... chao (Víctor, 42).

Asimismo, el reconocimiento en la profesión se explica por el prestigio de las universidades de formación, la suficiencia en varios idiomas, así como la habilidad para posicionarse en el campo médico: *“el saber ubicarme en las universidades en donde he estado. Los idiomas me han servido cantidades. Entonces claro, tengo esa serie de elementos. Y la formación que recibí fue muy fuerte y muy sólida en mi universidad entonces por eso puedo competir. Pero no todos pueden competir con sus currículos frente a los de acá. Entonces, lo normal es que no lleguen tan alto en general, en general no”* (Andrés, 43).

## **Tiempos, parejas e hijas-os como imposibilidades**

Tal como se ha analizado, los capitales familiares retoman la centralidad al posibilitar en gran medida la formación médica. En este sentido, tiene un especial impacto en sociedades patriarcales como las de Latinoamérica que las familias apoyen a las mujeres en desempeñar roles que contradicen estos patrones, como no realizar actividades domésticas, retrasar la maternidad, tener éxito en una carrera masculina, y lograr



autonomía e independencia económica. Sin embargo, existe una coincidencia en los relatos en reconocer las dificultades estructurales para conciliar los tiempos que demanda la profesión médica con las actividades de ocio, la vida sexoafectiva, y los cuidados de las-os hijas-os: *“tal y como está estructurada ahora mismo es una carrera desagradecida, en la que trabajas demasiadas horas y no te deja tiempo para nada más”* (Marta, 36), *“tienes que dedicarle mucho tiempo al hospital, a los pacientes, a la investigación, al trabajo”* (Verónica, 29). Asimismo, a los problemas estructurales de la carrera se suma que el tiempo es un recurso altamente generizado en las sociedades patriarcales, las cuales asigna las actividades domésticas y de crianza a las mujeres restando dedicación a la carrera y al ocio: *“yo creo que los hombres tienen menos capacidad que nosotras, pero tienen más tiempo”* (Ana, 38), *“para una mujer es mucho más difícil que para un hombre, porque la carrera es muy larga y es mucha carga de trabajo”* (David, 33), *“las mujeres siguen cocinándoles a los hombres, y tienen que atender a los hijos y la casa. Es una realidad que tienen más labores domésticas que los hombres”* (Andrés, 43).

En este marco estructural de una medicina patriarcal, la gestión del tiempo para cubrir la carrera, el ocio, la pareja y las-os hijas-os reviste una mayor complejidad para las mujeres. Con respecto al tiempo libre, la relación que tienen las médicas con las actividades de ocio y el cuidado de sí mismas ha cambiado con la época, y por ende, tiene que ver con la edad. En las mujeres con menos años empiezan a surgir percepciones sobre una administración del tiempo más equitativa: *“me gusta disfrutar la vida, viajar, conocer, estar con los amigos, hablar con la gente. Y si te metes mucho al trabajo o a los hijos, quizás te pierdes de las cosas sencillas que tiene la vida”* (Leticia, 27). En el caso de las médicas que están en un periodo productivo de su carrera y que tienen hijas-os, pueden conciliar las dos actividades a costa del tiempo para sí mismas: *“es que no descansamos, no tengo tiempo para mí, ni para estar sola con mis cosas, ni con mis pensamientos. Y encima mi trabajo me exige mucha concentración y mucha preocupación por el paciente, y cuando llego aquí están las cosas de mi casa. Y sí, vas notando que, claro, las mujeres que no tienen hijos se cuidan más que tú, tienen la cara mejor que tú”* (Ana, 38). Por el contrario, para las mujeres con más edad la época que les tocó vivir aún estaba marcada por roles mucho más tradicionales que los de ahora: *“no conocía otras cosas, no fui una mujer que tengo visión de lo que es la diversión, lo que es viajar, era todo muy limitado. Y entonces era ver a mis hijos crecer y tratar de sacarlos adelante, ayudarlo a él, porque somos médicos y nos ayudamos mucho”* (Mónica, 62).

En relación con la pareja, si bien la elección está basada en cuestiones subjetivas también está muy orientada por prejuicios sociales, ya que una pareja pensada como un proyecto a mediano plazo pasa por complejas relaciones familiares, económicas, y de reconocimiento, encaminadas a la

homogamia como factor de reproducción social (Gil, 2008). En este sentido, la elección de las parejas de las-os médicas-os está guiada en gran medida por las estructuras enclasantes de las-os profesionales: *“en Chile una mujer médico con un hombre sin carrera es que no puede ser, ni siquiera puede haber una conversación. Y aquí sí y me gusta que sea así, porque soy una persona normal y no quiero que condicione mis relaciones sociales. Bueno, inevitablemente, aquí y allá, me muevo en un círculo solo de médicos”* (Gin-M, 10). De esta forma, en el grupo de médicas-os que colaboran en la investigación hay bastantes parejas de la misma profesión, las cuales destacan como ventajas la comprensión de tener una carrera tan exigente en cuanto a dedicación de tiempo: *“la mayoría de mis parejas han sido médicas, porque saben cómo es la medicina y son más comprensivas con el tiempo que estoy en el hospital, y no es porque no quiero estar con ellas”* (Manuel, 30), así como el lenguaje común aún con especialidades diferentes: *“es bastante interesante conversar con él porque me enseña un montón y yo a él”* (Natalia, 29), *“si hago cualquier chiste o cualquier comentario siempre me entienden”* (Miguel, 30). Por el contrario, aducen como desventaja la competencia que se puede generar al interior de la pareja: *“a lo mejor uno llega a un estatus y hay como esas rencillas por dentro y eso a mí me pone fatal”* (Germán, 38), *“[esposo] dice que yo soy la que compito con él, porque dice que yo me molesto si a él le va mejor que a mí, y que por eso sus notas son menores que las mías porque después yo me enfado. Yo estoy segura que él sabe más que yo, pero yo hago mejores exámenes que él... no sé qué es”* (Sofía, 30). No obstante, para las parejas que son de diferentes profesiones emergen también aspectos positivos en torno a este tipo de relaciones: *“ella está acostumbradísima, nos casamos hace tres años pero llevábamos ocho años de novios, entonces estuvo toda la carrera conmigo”* (Daniel, 28), *“él admira todo lo que hago, le parece increíble que alguien aguante una guardia tan larga”* (Patricia, 30), *“para mi pareja es muy difícil, no entiende por qué tengo que estar siempre trabajando y sacrificando mi tiempo con él”* (Gin-G, 90), *“tiene una ventaja que es increíble: llego a casa y hablamos de su tesis en literatura”* (Mauricio, 30).

Ahora bien, si la estructura de la medicina obliga a que en la gestión del tiempo le sea asignada una mayor proporción que al ocio y a la pareja, claro está, con mayor dificultad para las mujeres, los problemas de conciliación más complejos se presentan en el momento de decidir tener hijas-os: *“el problema no es tener una pareja médico sino los hijos”* (Verónica, 29). En este sentido, el tiempo dedicado a la crianza de las-os hijas-os se percibe como un obstáculo a la independencia: *“como no tengo hijos, no tengo que llegar a cambiar pañales. Mi mente sigue siendo libre, puedo seguir explorando el mundo”* (Germán, 38), se expresa en términos de preocupación: *“si tuviera hijos y otro tipo de responsabilidades estuviera muy preocupada y por supuesto por ellos yo haría cualquier cosa”* (Patricia, 30), así como también significa un proyecto que es importante en la vida: *“el tiempo con los hijos es*

*una inversión, es como tú lo veas” (Alberto, 35). Vale la pena anotar que solamente se han dado dos casos de crianza transnacional y es paterna: un asilo en el que tardó la reagrupación familiar, y una visa de estudiante del MIR para la que no ha sido concedida la extensión a la familia. Así mismo, en la investigación no hay experiencias de monoparentalidad ni monomarentalidad, solo casos de hijas-os de familias nucleares heterosexuales. En esta situación, se generan múltiples estrategias de conciliación de la vida profesional en la medicina y la crianza que dependen del momento de la carrera en la que se tengan las-os hijas-os, de la legislación del país donde se esté ejerciendo la medicina, y de los capitales de los que se disponga.*

El primer grupo de estrategias está relacionado con la viabilidad del proyecto de las-os hijas-os. En este sentido, en parejas jóvenes, independiente de la identidad sexual, se prioriza la carrera en la medicina a la posibilidad de tener hijas-os: *“no pensamos en hijos, si llevamos casi tres días sin vernos. Entonces me imagino que estaremos así, terminando mi especialidad y él tratando de hacer cualquier cosa que lo necesiten en la privada” (Verónica, 30), “hacemos muchas cosas juntos, y decimos: “¿Te imaginas ahora atender a un niño?”. Y no, no somos de buscar niños” (Olga, 33), “en mi relación de pareja es una prioridad ultra importante el desarrollo profesional. Y a pesar de que estamos en ámbitos completamente diferentes, ambos demandan mucho tiempo y mucho sacrificio, y no lo vemos como un problema” (Onc-L, 10). No obstante, en casos de homoparentalidad las preocupaciones en torno a las-os hijas-os están mediadas también por discriminaciones heterosexistas:*

Lo hemos estado mirando, pero es que vale mucho dinero. [esposo] se moriría, él es un padrazo y madraza a la vez. Pero me preocupa perderme también porque yo trabajo mucho, podría estar muy poquito tiempo. Ahora él sí lo dejaría todo por un hijo, todo. Pero yo querría una hija y no un hijo porque viendo cómo es de cruel la sociedad siendo hijo de una pareja gay y como se la pueden montar los compañeros, no sé, me da mucho temor en la adolescencia, yo sufriría mucho y le pegaría golpes a todos los compañeros que fueran cruel con él. Entonces no es que no quiera, pero me da un miedo porque la sociedad no está preparada para eso, es meter el dedo en la yaga y no quisiera que la sociedad traumatizara a mi hijo por ser hijo de dos hombres. A lo mejor no es así, pero eso sí, nunca le faltaría amor (Gin-G, 90)

En el segundo grupo, se encuentran las estrategias adoptadas para conciliar el ejercicio de la medicina con la crianza de las-os hijas-os, las cuales dependen del momento en la carrera: si es durante la universidad, la especialidad, o en el mercado laboral. En el caso de la universidad, la experiencia es diferente para hombres y para mujeres. Para los hombres no representa una discontinuidad en los estudios, como el caso de David (33) que continuó con su carrera mientras que su pareja, también estudiante de

medicina, tuvo que abandonar y no logró graduarse. Aunque sí requieren del apoyo económico de las-os progenitores al no percibir aún ingresos económicos. Por el contrario, para las mujeres el abandonar o continuar la carrera universitaria depende del año de formación, de las redes familiares y del apoyo económico: *“tuve una compañera que se quedó embarazada en segundo semestre que no pudo seguir. Y luego otra pero ya estábamos en octavo semestre, pero ella vivía con sus hermanas y tuvo que retrasar su carrera un año y luego siguió y terminó”* (Marta, 36), *“las pocas que sé que tuvieron hijos el esfuerzo fue mucho mayor”* (Pedro, 57), *“la verdad no la pasé mal, sí me esforcé muchísimo y [esposo médico] me ayudó mucho. Como estaba en un año teórico, solo tuve que estudiar mucho. Si hubiera estado en las rotaciones hubiera tenido que parar un año”* (Sofía, 30), *“tuve mi hijo en tercer año de medicina, [esposo médico] estudiaba conmigo, me alentaba, me ayudaba en todos los aspectos. Verdad que fue muy difícil”* (Mónica, 62).

Durante el periodo de formación especializada, la estructura de la medicina privilegia el aplazar el proyecto de las-os hijas-os, tanto para hombres como para mujeres, hasta después de terminar la residencia: *“tenía compañeras que ya eran madres desde hacía un par de años y otras que postergaban hasta después de la residencia. Porque puedes faltar en la facultad o perder un año, pero nunca a una guardia como residente, eso te corta la carrera”* (Sofía, 30), *“para entrar en la especialización, en mi época, si sabían que tenías un hijo te rechazaban, porque sabían que tenías que mantenerte y tenías que trabajar en otro sitio”* (Gerardo, 53), *“son seis años y cuatro de especialidad, o sea, diez años. Y sales de la carrera a los 23, 24 años, la especialidad se hace a los 30 y ponerte a trabajar para tener un nivel económico. A los 32, 33 años recibirás un sueldo y ya estarás un poco estable económicamente. Y ahí te pones a pensar si vas a tener hijos”* (David, 33), *“lo tenía planeado desde chiquita: después de la especialización tengo mi primer hijo”* (Manuela, 31). Sin embargo, en el caso que se presente, la experiencia de las-os hijas-os también difiere entre hombres y mujeres. Los médicos que están haciendo la especialización centran la preocupación en el aspecto económico del sostenimiento de las-os hijas-os: *“ahora tengo que ser más exigente en la especialización, porque mi esposa y mi bebé dependen de mí”* (Mauricio, 30), *“mientras hacia la residencia tuve una hija. En esa época se ganaba muy poco y quien mantenía todos los gastos era [esposa] con su consulta de odontóloga”* (Gerardo, 53). En el caso de las médicas, reconocen que el embarazo no presenta problemas en el rendimiento de la especialidad, pero sí cuando nace el bebé. En esta situación cuentan con la ayuda de la familia: *“no me hubiese sacado el MIR si mi esposo no me hubiera apoyado como lo hizo”* (Ana, 38), destinan los ingresos al pago de personas que ayudan en la crianza: *“el dinero mío iba para la niñera, y así la tuvimos mientras yo hice los cuatro años de residencia”* (Beatriz, 45), y existen países con legislaciones relacionadas con la conciliación de la vida familiar y laboral: *“yo estoy segura que en [país LAM] no hubiese podido tener hijos*

*durante la residencia, porque allí si hay más jerarquía, más diferencias entre hombre y mujer” (Lucía, 30). No obstante, las médicas que son madres durante la especialización constantemente están demostrando sus capacidades profesionales: “le dije a mi jefe que yo estaba embarazada pero que para mí no significaba ninguna limitación profesional y que iba a cumplir como lo había hecho. Pero siempre me quedaba más tarde, hacía todas las cosas lo mejor posible, y no me gustaba que tuvieran consideraciones conmigo” (Lucía, 30).*

Una vez se ingresa al mercado médico laboral, las médicas se enfrentan a la segregación por género que privilegia la contratación de los hombres sobre las mujeres debido al embarazo y crianza de las-os hijas-os: *“a mí me contrataron por ser hombre, básicamente, porque se habían embarazado las dos [especialidad] anteriores. Y el jefe aunque sabe que la maternidad es muy bonita, pero está hasta los huevos de que se embaracen y que tengan que seguirles pagando” (Víctor, 42), “donde sí he visto ciertas limitaciones es cuando quedan embarazadas [Cristina.- ¿Para ti el tener hijos es un problema en el trabajo?] No, para nada” (Juan, 38), “la realidad es que el momento que tiene para trabajar a tope es cuando no tienen hijos. Porque en el momento en que quieran tener hijos, la mujer prefiere bajar el ritmo y después le cuesta muchísimo más reengancharse al mercado, porque claro, es mucho mejor contratar un recurso que no tiene limitaciones, o sea, un hombre” (Alberto, 35). De la misma forma, la estructura de la medicina nuevamente impone la asignación de mayor tiempo para una carrera competitiva y de altos ingresos, en detrimento de la vida personal: “tú lo decides, si quieres tener hijos tienes que dejar de trabajar, aunque no te vas a morir de hambre. Pero si quieres tener mucho dinero tienes que trabajar mucho y dejar de lado la familia” (Natalia, 29). Situación que es más complicada en el caso de las médicas: “creo que se pueden compaginar un poco las dos cosas, pero cierto es que la mujer probablemente tenga que sacrificar mucho más” (Alberto, 35), “las mujeres lo tenemos siempre difícil, quisiéramos ser las mejores profesionales, las mejores madres, las mejores esposas, las mejores amas de casa. ¡Es que no podemos, es imposible!” (Lucía, 30), “[esposo] me ayudó muchísimo a mí, pero no es lo mismo. Igual a él no le dan un permiso legal por tener un hijo, ¡Cómo si él no tuviera nada que ver!” (Sofía, 30).*

Durante el ejercicio laboral, las médicas adoptan diferentes estrategias de conciliación. Por una parte, si la legislación lo permite pueden acogerse a la reducción de jornada laboral: *“no conozco a nadie que se haya pedido reducción de jornada siendo hombre para cuidar hijos, aunque se puede hacer. Pero yo no lo haría la verdad. Bueno, mi mujer que es arquitecta tampoco lo haría” (Alberto, 35). De otra, las diferencias en las condiciones laborales son determinantes para la experiencia de la crianza de las-os hijas-os: “la niña fue mejor, porque ya estaba trabajando en la sanidad, y parí en mi hospital que ya es importante, y tenía otras condiciones laborales. En*

*cambio con el mayor no tuve baja maternal, ni tiempo para nada, fue un estrés. Y para la niña todo fue muy tranquilo, tuve mi baja maternal y mi tiempo del pecho” (Ana, 38). Asimismo, frente a la disyuntiva del trabajo y la crianza generalmente las médicas aparcan temporalmente su carrera, esperando hasta el momento que las-os hijas-os sean más grandes y puedan disponer de más tiempo: “no tengo tiempo porque mi vida ahora mismo con los niños es imposible. Pero esto es una situación transitoria” (Marta, 36), “lo que yo pueda hacer ahora a nivel de investigación es muy poco en comparación con lo que podía hacer antes, cuando no la tenía a ella” (Lucía, 30), “ahora es cuando me siento más segura en el quirófano, pero mis hijos me necesitan. Pero cuando estén más grandes estoy convencida de que todo cambia y puedo dedicarme a mi carrera” (Ane-M, 90).*

Sin embargo, si bien las médicas en el patriarcado son las que tradicionalmente tienen que cuidar a las-os hijas-os, también se presentan rupturas con médicos que eligen, ellos sí voluntariamente, dedicarse a la familia: “[esposo] fue el que realmente se acomodó a mi decisión, porque era mi única oportunidad para hacer la especialidad” (Sofía, 30), “antes trabajaba en varios sitios y ganaba buen dinero, pero ahora solo trabajo en dos, que a lo mejor no gano tanto dinero, pero tengo mucho más tiempo libre y lo disfruto todo con mis hijos” (David, 33). Inclusive, en los casos de carreras altamente competitivas en especialidades como traumatología, ginecología y subespecialización en cirugía: “me dedico a la pública. Yo podría trabajar más pero he puesto en la balanza a mis hijos, porque si viera que yo voy a ser millonario trabajando más lo pensaría. Pero por tan poco, ¿voy a perderme a mis hijos? No, no, entonces yo me dedico a mis hijos” (Tra-H, 90), “cuando tenía una sola hija estaba trabajando en la pública y en la privada, y no la veía nunca. Y con el segundo, dije: ‘No mira, se terminó’ y me dediqué únicamente a la pública” (Gin-H, 00), “había decidido que mi carrera iba a ser mi vida y mientras estaba consolidándome en el campo de la [subespecialidad], no tenía pareja, salía con mucha gente, pero estaba solo aquí. Ahora estoy con [esposa], voy a conseguir un trabajo raso, porque mi objetivo ahora tan pronto tenga un hijo será dedicarme a él lo más que pueda” (Sci-H, 90). Asimismo, el cambio de roles constituye otra estrategia de conciliación en la cual el padre asume el mayor tiempo de la crianza de las-os hijas-os. No obstante, se presentan varios matices. Por una parte, se puede dar si el padre no es profesional de la medicina: “si no tuviera a mi esposo que me está apoyando con los niños, no haría ni la mitad de lo que hago” (Ana, 38), “hoy le di en la mañana el biberón a mi bebé y son las once de la noche y no la he vuelto a ver porque no fui a casa a comer. [esposo] es fundamental en esto, si él no fuese como es, no sé qué hubiese hecho” (Lucía, 30). O en el caso de ser médico pero con una carrera no competitiva: “en las mañanas me levanto, despierto a los niños, los llevo al cole, vengo a arreglar la casa y a cocinar porque mi esposa está estudiando en las tardes” (David, 33). En cambio, si en la pareja ambos son profesionales de la medicina la

conciliación se complejiza mucho más: *“si una mujer escoge una especialidad de cirugía cardíaca o cuidados intensivos o una especialidad que te exige mucho, pues yo creo que tu pareja tiene que o tener una especialidad que no exija mucho o ver luego de los dos quién se queda en casa”* (Verónica, 29).

Las dos últimas estrategias de conciliación tienen que ver con el apoyo de familiares, y la contratación de una persona externa que ayuda con la crianza y las tareas domésticas. Vale la pena recordar que durante la formación tanto de secundaria como universitaria, las-os médicas-os estaban en su mayoría liberadas-os de las actividades domésticas, presentando en algunos casos dificultades para la ejecución de estas tareas: *“no hago nada de la casa y mi marido no sabe [risas]”* (Marta, 36), *“mi casa es un desastre [risas] con dos niños pequeños y los dos padres trabajando, te imaginarás el desorden”* (Javier, 45), *“yo no invito nunca a mi casa porque odio limpiar y nunca tengo tiempo, siempre está la casa sucia, entonces no quiero que venga nadie. Yo le digo a mi mamá: ‘Es que no me obligabas a limpiar cuando era niña’. Entonces yo no lo sé hacer, no me nace, no tengo metido eso dentro”* (Sofía, 30). En el caso de la red familiar, se recurre a las-os abuelas-os: *“si yo no hubiese tenido a mi esposo y a mi madre que me ayudase, no hubiera podido trabajar, porque no me fío mucho de dejar los niños con cualquiera”* (Ana, 38), o a la esposa: *“ella no ha podido homologar su título de fisioterapeuta, así que se queda en casa y cuida a las niñas y así ahorramos mucho dinero”* (Miguel, 30).

De otra parte, cuando se decide contar con una persona externa, generalmente mujer, que colabore con las actividades domésticas y la crianza, las horas por las que se contrata dependen de los ingresos y del ritmo de trabajo de las-os médicas-os, oscilando del medio tiempo con coordinación con la pareja: *“tenemos una chica que nos ayuda por la tarde que es cuando vuelven del colegio y de la guardería, pero siempre nos coordinamos para estar uno de los dos en la tarde. Por ejemplo, la semana que viene mi esposa se va a Londres tres noches por trabajo, entonces yo tengo cuadrado que esos días tengo jornada de mañana para recoger los niños y estar en la tarde”* (Alberto, 35). O de tiempo completo, cuando la carrera de la médica lo demanda, tiene los ingresos suficientes para costearlo, y no cuenta con redes familiares en España: *“tengo que estar hasta que se acaba la cirugía, hago cinco guardias al mes. No me da tiempo para hacer las cosas, los niños son súper esclavizantes, aquí se ponen dos lavadoras al día porque hay que cambiarlos cuarenta veces. Mi familia está en Colombia, y mi suegra es pediatra y trabaja tanto como yo. Entonces tengo que tener una persona todo el día y que pueda quedarse cuando no alcanzo a llegar. Y me cuesta casi mil euros al mes, porque la experiencia que hemos tenido es que no puedes ahorrar en eso, porque luego eso te repercute en los niños y ellos son lo más importante”* (Ane-M, 00). Por último, la planeación de un segundo hijo-o acarrea la incertidumbre por el momento adecuado para tenerle: *“yo pienso*

*cuándo voy a tener mi segundo bebé y no veo ningún momento en el que yo realmente pueda tener otro. Y ya tengo 30... lo veo muy difícil” (Sofía, 30), “nosotros queremos tener otro bebé pronto. Claro, pero si conseguimos un mejor trabajo” (Natalia, 29).*

## **Posiciones y relaciones en la práctica médica**

Las posiciones ocupadas y las relaciones establecidas en la práctica médica en contextos neoliberales y de movilidad internacional que configuran los itinerarios de estas-os profesionales, son analizadas en cuatro espacios. El primero de ellos, se ocupa de las diferencias que moldea la especialidad como categoría de clasificación y jerarquización al interior de la medicina. En este sentido, la especialidad médica establece una segregación horizontal, que distingue a las-os que ostentan este máximo grado académico de la profesión con las-os médicas-os generales, así como establece una jerarquía entre las mismas especialidades. El segundo espacio corresponde a la segregación vertical, es decir, las posiciones de poder a las que las-os médicas-os latinoamericanas-os acceden en una profesión tradicionalmente patriarcal, clasista y racista. El tercero, está constituido por las relaciones entre pares y con pacientes, que ubican a aquellas-os que de forma situada ocupan el lugar de ‘lo otro’ en posiciones inferiores de poder en el campo de la medicina. El último espacio, aborda la construcción de redes en la vida cotidiana de la medicina como un denso entramado profesional.

## **Especialidades como distinción profesional**

De las seis trayectorias laborales tipificadas, cinco corresponden a médicas-os que se están formando o que ya realizaron la especialidad en Latinoamérica y/o España. En este sentido, la especialización representa el último cribado social en la profesión, es decir, estas-os médicas-os han aprobado los exámenes de ingreso del nivel de especialista, siendo el grupo con mayor acumulación de credenciales académicas en contextos de movilidad internacional. En cambio, la trayectoria más vulnerable es aquella en la que no se ha logrado la especialidad, bien sea porque se han tenido que retirar por motivos económicos o familiares, o porque aún están en proceso de preparación del curso para presentar el MIR en España. En este contexto, la especialidad opera como un mecanismo de distinción que separa de las-os médicas-os generales: *“creo que te falta ser especialista para realmente decir que lo tienes todo. Si te quedas como médico general es*



*como que te falta algo*” (Ane-M, 00)<sup>89</sup>, *“si no pueden hacer una especialidad no significa que vayas a ser un mal médico, y sobre todo intentar que esto no te frustre”* (Fam-M, 00). Así como una vez alcanzada la meta de este nivel de formación, la especialidad actúa nuevamente como mecanismo de distinción, ya no frente a las-os médicas-os generales sino entre especialistas: *“la medicina la puedes pintar más o menos de los colores que tú quieras, porque no todos somos para ser cirujanos, o psiquiatras, o ginecólogos”* (Psi-H, 00).

Las experiencias en contextos de movilidad internacional permiten hacer comparaciones entre la formación médica y especialista en Latinoamérica y en España. Por una parte, si bien la carrera en América Latina por la colonialidad del saber está estructurada de acuerdo a las escuelas de Euro-Norteamérica, cursar la profesión en esta región plantea diferencias en relación con la práctica médica: *“como médico general si en un avión alguien se pone de parto lo sé atender, sé suturar heridas, vacunar. Los médicos españoles saben mucha teoría, pero a la hora de la práctica no saben dar un punto”* (Tra-H, 90). Asimismo, si estudiar medicina en Latinoamérica significa vencer obstáculos estructurales importantes, para el nivel de especialista es mucho más complejo: *“los especialistas los controla el Gobierno a través de los ministerios de educación y salud. Quizás en Latinoamérica se formaron muchas facultades de medicina y las especialidades tienen su límite, entonces eso es un cuello de botella brutal”* (Min-H, 80), *“en Nicaragua hacer una especialidad es muy duro, porque son muy pocas y también no son bien pagadas”* (Fam-M, 00). Otra diferencia importante es el proceso de ingreso a las especialidades. Mientras que en Latinoamérica es una decisión más pensada basada en la práctica durante la carrera: *“haces el examen a la especialidad, universidad y al hospital que quieres, y todo el resto queda descartado. Y si tú no ingresaste te quedas por fuera, porque tú has elegido solo una”* (Int-H, 00), por el contrario en España la elección depende del puntaje de un examen nacional: *“es un examen general para todos, y si sacas el primer puesto escoges la especialidad, la ciudad, el hospital que quieras. Si sacas el último escoges lo que te han dejado. Y para los extranjeros, cuando se acabe el cupo ya no tienes opción así tus puntajes sean mayores a los de muchos españoles”* (Min-H, 80). En relación a la edad en que se hace la especialidad es mucho mayor en el caso de las-os latinoamericanas-os: *“aquí el médico con el que estudias es el joven español, el latino ya viene con unos años de experiencia encima”* (Fam-M, 00).

---

<sup>89</sup> La cita del extracto está compuesta por la especialidad, el género u orientación sexual y el año de finalización de la formación médica. La abreviatura de la especialidad son las tres primeras letras de la misma: Ale Alergología, Ane Anestesiología, Cir Cirugía, Gin Ginecología, Fam Medicina de Familia, Int Medicina Intensiva, Min Medicina Interna, Mic Microbiología, Msp Máster Salud Pública, Neu Neurofisiología, Oft Oftalmología, Ped Pediatría, Psi Psiquiatría, Reu Reumatología, Tra Traumatología, Sci Subespecialidad en cirugía.

Durante el periodo de formación, en el primer año de residencia en el sistema MIR español suele haber una brecha por la diferencia con el modelo de carrera latinoamericano: *“nosotros tenemos mucha más experiencia que los de acá, todo lo de R1 yo ya lo había hecho allá. Pero después en R2 ya nadie sabía nada de la especialidad y nos emparejamos”* (Ane-M, 00). Así como son dos modelos diferentes de formación en la especialidad: *“aquí no estudio lo que estudiaría si hiciese la especialidad en Colombia, aquí es mucho más relajado, si no sé algo me lo explican, allá tienes que haberte estudiado el tema antes de entrar al quirófano. Y las jerarquías también son menos marcadas”* (Ane-M, 00). En consecuencia, al realizar la especialidad en España se adquiere un perfil que es altamente valorado por las/os médicas/os latinoamericanas/os: *“tengo lo mejor de aquí y allá. Tengo la clínica, la relación médico/paciente que allá es excelente. Ahora allá tienes el conocimiento pero te sientes frustrada porque no hay recursos tecnológicos. Aquí sí tienes las herramientas y tienes toda la tecnología que necesitas”* (Neu-M, 00).

Ahora bien, como en la medicina la decisión de realizar la especialización está moldeada por la interseccionalidad de aspectos estructurales y subjetivos. Por una parte, nuevamente, los capitales de las familias son fundamentales en caso que los países no cubran este nivel de formación. De la misma forma, la decisión está mediada por procesos de generización que dificultan el acceso a las mujeres: *“creo que prácticamente todas las especialidades presentan problemas para las mujeres”* (Cir-H, 90), si bien se reconoce que esta situación debe ir cambiando con el tiempo por el ingreso masivo de éstas: *“si estudian más mujeres que hombres, en todas las especialidades terminarían habiendo más mujeres”* (Oft-M, 10). La edad también representa un factor para la realización de la especialidad, ya que se suele hacer a los pocos años de haber terminado la formación médica, y en caso contrario, representa un gran esfuerzo: *“yo ya estoy cansada y no tengo ni 40. Si me tuviera que meter en un MIR ahora me da un infarto”* (Ane-M, 90), *“ya no me encuentro en capacidad como antes de que salías de la universidad y te comías el mundo”* (David, 33), *“[esposa] hizo psiquiatría allí y nunca homologó el título. Y aquí está haciendo Familia y al final ha sido una buena decisión, porque mira que después de vieja hacer una especialidad”* (Tra-H, 90). Existen otros elementos que moldean la decisión de escoger una determinada especialidad, como la vocación: *“es algo muy vocacional que no lo puedo explicar”* (Gin-H, 00), y la relación con la familia, bien sea por afinidad: *“escogí alergología porque soy asmática y toda mi familia es alérgica”* (Ale-M, 80), o por oposición: *“mi padre se dedica a la neurología, y he hecho lo más diferente que podía hacer a lo de él”* (Gin-H, 00).

La especialidad se elige también por aspectos más prácticos como las oportunidades laborales que tenga en el mercado médico: *“una buena especialidad es una que no te permita estar en el paro. En el momento actual*

*son Ginecología, Pediatría, Anestesia, Plástica, Familia, Interna... y me voy a callar porque no hay más, las demás haces lo que medianamente puedas"* (Ane-M, 90), *"ha sido muy, muy importante la disponibilidad de un puesto de trabajo en Bolivia, porque yo necesito trabajar tan pronto llegue"* (Reu-H, 00). Asimismo, se busca una especialidad que permita la movilidad internacional: *"al haber hecho la residencia aquí mi título vale para la Unión Europea. Ya he saltado esa barrera con el título y el permiso de residencia. Ahora tengo que hablar bien el idioma y nada más"* (Int-H, 00). A diferencia de otras profesiones que tienen dificultades para la homologación de los títulos académicos: *"mi esposa terminó de homologar el título de arquitecta después de 10 años de estar aquí"* (Gin-H, 00), *"es psicóloga y no ha podido homologar el título, trabaja en otras cosas diferentes a su carrera"* (Ane-H, 00). Junto a las oportunidades del mercado laboral, también está la elección por el nivel de ingresos que dan determinadas especialidades: *"no soy una mercenaria, pero creo que uno puede hacer un trabajo que le guste, y que también te permita ganar bien"* (Oft-M, 10), *"para la segunda especialidad investigué que era lo que era rentable y en dónde había trabajo, y de esas cuál era la que más me gustaba"* (Gin-G, 90), *"las técnicas, las quirúrgicas te dan más dinero, un traumatólogo en todas partes va a ganar más"* (Tra-M, 90). Así como que permita la posibilidad de tener una consulta privada: *"siempre he querido tener mi consulta privada, y enfocarme en la clase media o clase alta"* (Reu-H, 00).

En contraste con el mercado laboral, la elección de la especialidad también se hace en términos de calidad de vida: *"la especialidad sí representa una diferencia grande en términos de tiempo y en lo que tú tienes que sacrificar para cumplir tus metas"* (Leticia, 29), *"tengo compañeros que eligieron más por la calidad de vida que por la especialidad, que querían su vida, su familia, como dermatología que no tiene guardias y gana muy bien"* (Gin-M, 10). En este sentido, se sigue cuestionando la realización de las guardias en este caso durante la formación y ejercicio de la especialidad: *"no va a ser lo mismo que te vea ahora a que te vea 24 horas después de estar allí, mi capacidad de atención, mis reflejos, no son los mismos. Eso es una cosa que es incuestionable"* (Ane-H, 00), *"nunca nos justificaban, era así y punto. Y yo solo me imagino que es por una cuestión económica"* (Tra-H, 90), *"no quiero hacer guardias, no creo que a muchos médicos les gusten, porque te agotas. Y es algo que hacemos, pero que no cuestionamos"* (Cir-H, 90). De esta forma, hay especialidades con muchas guardias: *"a mí no me importaba las guardias, ni la calidad de vida. Sé que voy a tener guardias malas toda la vida"* (Gin-M, 10), y por el contrario, otras con muy pocas durante la práctica médica: *"mis padres trabajan muchísimo, incluso los llaman de madrugada si pasa algo y me dije que yo no quería una vida como esa. Yo quiero trabajar con horarios y sin guardias"* (Fam-H, 00). A la par de la calidad de vida también está la jerarquía y reconocimiento que tenga la especialidad: *"lo del estatus en las especializaciones sí existe, pero para mí eso no era importante"*

(Ane-M, 00). De los relatos emergen dos extremos, las quirúrgicas: *“la mayoría aspiraba a ser cirujano. Pero, ¿qué pasa?, ¿es que los demás no tenemos mérito porque no tenemos un hierro encima?”* (Min-M, 90), *“el cirujano es muy respetado como médico y a mí lo que me importa es el reconocimiento profesional”* (Sci-H, 90), y la medicina familiar: *“familia está muy subvalorada en España y lo usan como: ‘Ay, no, tuvo que hacer familia’. Pero realmente junto con los internistas son los que más saben de medicina”* (Mic-M, 00), *“si a alguien le gusta la medicina familiar a priori no la va a elegir precisamente porque hay ese tipo de jerarquía entre especialidades”* (Gin-H, 10), *“me volví loco por la medicina de familia, y no me importaba hacer una especialidad que no diera ni prestigio ni dinero”* (Fam-H, 10).

La decisión por la especialidad también gira en torno al grado de contacto que se desee con el paciente. Es decir, desde aquellas-os que quieran mucho trato con el paciente: *“la salud mental te obliga a estar mucho con la gente, porque la herramienta del psiquiatra es la entrevista, esa es su arma diagnóstica”* (Psi-H, 00), poco trato: *“tienes menos que tratar con el paciente, yo solo los duermo y muy poquito hablo con ellos”* (Ane-M, 00), hasta no tener ninguna relación con pacientes: *“después del año rural yo estaba segura que no quería ser médica asistencial, yo con pacientes no, no. Entonces decidí irme por la parte administrativa”* (Msp-M, 00). No obstante, las-os niñas-os y el parto emergen de los relatos como una situación especial. En cuanto a las-os niñas-os, son expresados problemas de comunicación y dificultad en la relación con las madres: *“los niños no se comunican, además es que tienes dos pacientes, la mamá y el niño”* (Ane-M, 00), *“¿te imaginas en el privado que tienes que dar el teléfono a los pacientes y vivir todo el año con las llamadas de las mamás? No, no, no”* (Neu-M, 00), así como la preocupación por la vulnerabilidad en la infancia: *“es un estrés constante lo de la mortalidad infantil”* (Ale-M, 80), *“tuve mi hija durante la carrera y sabía que no podía con pediatría, porque lo triste que es un bebé enfermo... yo me quería poner a llorar con los padres”* (Mic-M, 00). En relación con el parto las experiencias oscilan entre la empatía por este momento vital: *“ver nacer un niño sano, ver una madre feliz con un parto es una satisfacción muy grande”* (Gin-M, 10), hasta expresiones de total desagrado: *“gine era horroroso para mí, hice tantos partos en la selva que yo no quería vivir de eso. Las mujeres gritando, oliendo a líquido amniótico, no, no [Cristina.- ¿A qué huele?] ¡Horroroso!”* (Sci-H, 90), *“le tenía horror a los partos y estar ahí con las manos en las piernas abiertas y ese olor horrible... eso fue traumático. Odiaba el hecho del parto, que en sí es repugnante”* (Tra-H, 90).

El nivel de tolerancia a la frustración influye también en la decisión sobre la especialidad. Es decir, existen unas especialidades para las cuales se debe tener un alto nivel de tolerancia a la frustración, como el caso de las-os pacientes crónicas-os: *“es duro sí, es muy conmovedor y angustiante. Y,*

*claro, yo le tengo miedo a la muerte, pero no a enfrentarme al moribundo y tienes técnicas para ayudarlo, porque es un momento de mucha soledad"* (Fam-M, 90), aquellas-os que están en cuidados intensivos: *"si un médico de cuidados intensivos se deprime cada vez que se le muere un paciente, pues vive deprimido toda su vida. Entonces ponemos una barrera que es obligatoria, no como insensibilidad sino como salud mental"* (Int-H, 90), y como las-os pacientes que no se van a curar: *"en reumatología pocas enfermedades se curan, pero ya algunas se controlan muy bien, nada que ver con lo que eran antes"* (Reu-H,00), *"neurocirugía es muy duro, son unas guardias terribles, y sabes qué tienes que hacer y al final el paciente no mejora en nada... es muy triste"* (Msp-M, 00), *"psiquiatría me sigue pareciendo muy interesante, pero por mi forma de ser no sabría construir una muralla y terminaría loco como los pacientes"* (Fam-H, 00). En el caso contrario, especialidades que se escogen porque el nivel de éxito es mayor que el de fracaso: *"no es una especialidad deprimente. Es un acto que lo empiezas, lo terminas y ves el resultado inmediatamente"* (Ane-M, 00), *"el cáncer del colon es de los menos agresivos del intestino y puedes salvar gente, no es como otros cánceres que se mueren todos. Y estar con pacientes que siempre se están muriendo me cuesta mucho. Trabajé con niños con cáncer y estaba siempre con el corazón destrozado y dije: 'No puedo más, no tengo ánimo para eso'"* (Sci-H, 90).

De otra parte, también se establecen relaciones con el cuerpo y determinados órganos en el proceso de elección de especialidad, como cuando se desea especializarse en el cuerpo como un todo: *"en las quirúrgicas clínicamente el enfermo no lo tienes cubierto, lo único que sabes es operar el órgano en el que estás especializado. Entonces anestesia sí que tiene eso, nosotros somos los que más o menos controlamos todo del paciente"* (Ane-M, 90), *"entiendo como médico que el paciente es un todo, y que esto de especializarse y subespecializarse empieza a dividir al paciente en unos trocitos que el paciente no es"* (Leticia, 27). En el caso contrario de querer especializarse en un órgano en particular, la decisión se toma por rechazo: *"no me gusta tratar el aparato genital femenino, claro que tampoco el masculino. No es lo mío"* (Liliana, 29), *"no quería hacer dermatología porque vi gente con lepra, con leishmaniasis, y pues no lo disfruto"* (Neu-M, 00), *"trauma tampoco porque no me gustaban los huesos, no me gustaba lo de atornillar y desatornillar, no, no, eso no era lo mío"* (Sci-H, 90), *"no podía ver a una persona con los huesos rotos, con grandes heridas, con amputaciones"* (Fam-M, 00). Así como por afinidad y gusto: *"lo mío son los microorganismos y eso sí me encanta, porque yo quería ser científica"* (Mic-M, 00), *"a mí me gusta la sensación del intestino blandito, cortar y suturar. Y no me molestaba mancharme porque en medicina todo huele mal, el ser humano no huele bien"* (Sci-H, 90), *"me gusta el trauma de guerra, que llega y tú lo reparas ahí mismo"* (Sergio, 36).

Si bien los elementos mencionados anteriormente configuran de forma interseccional y situada la decisión sobre la especialidad, es necesario profundizar en la influencia que tiene el género en este momento de elección, teniendo ya como base el proceso de enclasmiento y racialización que acompaña estructuralmente a la formación médica en Latinoamérica. Con datos del análisis cuantitativo (Tabla 16, capítulo 3), las-os médicas-os latinoamericanas-os que han logrado plaza en el sistema MIR de España reflejan la generización en la elección de especialidad. En cuanto a las BG favorables a las médicas, el total de la serie de 25 años evidencia valores entre 0,30 y 0,62 para especialidades como nutrición, pediatría, dermatología, hematología, alergología, reumatología, microbiología, y ginecología. Cifras que para el 2012 sufren un aumento a favor de las médicas del 0,43 al 0,73 aunque en las mismas especialidades feminizadas, con solo dos nuevas como cirugía pediátrica y neumología. Para el caso de los médicos, el total de la BG de los 25 años ubica el rango de la brecha entre -0,55 y -0,90, valores mucho más favorables que los de las mujeres, en especialidades en su mayoría quirúrgicas (cirugía ortopédica y traumatología, urología, angiología y cirugía vascular, cirugía cardiovascular, cirugía general, cardiología, cirugía oral y máxilofacial, cirugía torácica, y medicina intensiva). Para el 2012 la tendencia de masculinización de estas especialidades se mantiene entre un -0,43 y -1,0 de BG, sin presentar variaciones importantes en las especialidades (medicina legal y forense, cirugía plástica, neurocirugía, cirugía ortopédica y traumatología, cirugía torácica, medicina intensiva, cardiología, urología, cirugía general, cirugía oral y máxilofacial, angiología y cirugía vascular, y cirugía cardiovascular). Situación que contrasta con la tendencia en España: *“aquí hay algunas que sí y otras que no, pero tampoco tan claramente. Por ejemplo, yo podría decir que trauma y ciru son muy de chicos, pero siempre hay chicas que cogen ciru y trauma. Y hay hospitales donde solo hay chicas en ciru”* (Oft-M, 10).

Al indagar por las razones de este proceso de generización, las-os médicas-os mencionan factores estructurales de la medicina y la sociedad en general: *“hay muchas cosas que socialmente nos condicionan y yo creo que la dificultad la pone la sociedad, porque la sociedad no está diseñada para proteger a la mujer... no sé por qué”* (Cir-H, 90), *“la sola estructura de la carrera plantea muchos retos más a las mujeres”* (Fam-H, 00). En este sentido, se presenta un proceso de segregación en el que las mujeres escogen ciertas especialidades y los hombres otras: *“claro que el ser mujer influye en la decisión de la especialidad. Generalmente las mujeres escogen dermatología, radiología”* (Gin-G, 90), *“en Latinoamérica se nota el machismo en la carrera de medicina brutal y es raro una mujer cirujana, traumatóloga, uróloga. La mujer es pediatra, ginecóloga. Es que la sociedad es más machista allá que aquí”* (Tra-H, 90). Entre las explicaciones que se dan a esta segregación están la tradición y las habilidades requeridas: *“las habilidades*

*en sí en las mujeres las hacen ser mejores en tal o cual rama como psiquiatría, pediatría porque son madres, tienen ese vínculo humano, que nosotros no tenemos. También conozco excelentes cirujanas y cirujanos muy malos... generalizar no se puede* (Fam-H, 00), *"hay especialidades que pegan más con una mujer que con un hombre, pero es más como por tradición, no por capacidad de ellas"* (Gin-H, 10), *"en mi especialidad el ser mujer me facilita las cosas"* (Gin-M, 10). Asimismo, la maternidad y la crianza de las/os hijas/os: *"un jefe de servicio aceptar a una mujer en edad fértil en su posgrado sabe que tiene muchas posibilidades de que a mitad de la residencia quede embarazada y eso le crea un problema al servicio. Entonces eso allí se nota. Aquí menos, aquí no se nota"* (Tra-H, 90), *"se puede relacionar con la especialidad totalmente. Porque mis profesoras que eran oftalmólogas y dermatólogas tenían hijos. Pero claro, las que yo admiraba un montón, dos de ellas cardiólogas, casadas y sin hijos"* (Onc-L, 00), *"allá hay la opción de hacer medicina sin especializarse, lo que no pasa aquí. Entonces, a lo mejor ya terminan la carrera, se ponen a trabajar, se casan, tienen hijos y no se especializan"* (Fam-H, 00). Y la decisión de las mujeres de no elegir una especialidad por la hostilidad hacia ellas: *"no quería especialidad de hombres, tal vez porque no quería exponerme a situaciones difíciles para las mujeres"* (Neu-M, 00), *"a mí siempre me llamó la atención emergencias por las series estas de televisión, pero es mucho estrés y yo soy mujer"* (Fam-M, 00).

Si bien la generización en la elección está presente en todas las ramas, el caso de traumatología y cirugía, masculinizadas y por ende ubicadas en lo más alto de la jerarquía de especialistas, es paradigmático para las mujeres. Con respecto a traumatología, sobre las médicas que eligen esta especialidad recaen estereotipos que cuestionan su desempeño y apariencia física frente a la fuerza que requiere la especialidad: *"ya el concepto de que el traumatólogo es varón ya no, ahora es mujer. Que curiosamente ya no son como yo las conocí en mi época que era una mujer fuerte, grande, brusca y ahora cuando las ves dices: 'Madre mía, la traumatóloga'"* (Cir-H, 00), *"siempre están los chistes sexistas como: 'Trauma es para un hombre grande, calvo y bruto. Y usted tan linda y chiquita, ¿cómo va a hacer Trauma?'. Pero hay traumatólogas excelentes"* (Ane-H, 00). Sin embargo, las especialidades que desde los relatos implican una mayor barrera para las médicas son las quirúrgicas. En el momento de la decisión se descartan estas especialidades por el entorno machista: *"sabía que operar me gusta. Pero el mundo de cirugía es un mundo muy machista, es muy de hombres, entonces no"* (Ane-M, 00), *"influyó mucho el estilo de los cirujanos de allá, ellos sí que eran bastante machistas. Eran buenos en lo que hacían pero su vida personal me parecía desastrosa, o sea, los cirujanos que quieren ligar con todas las chicas. Entonces nada, las quirúrgicas las descarté en bloque"* (Mic-M, 00). En la residencia, están sometidas a la presión de los prejuicios sobre su capacidad profesional: *"en mi hospital se siente como un rechazo a las mujeres cirujanas"*

*que las desmotiva a seguirse superando, y son tan buenas o incluso mejores que algunos hombres. Pero con ese rechazo se van desmotivando más y más”* (Cir-H, 90). Así como cuando ejercen la especialidad deben adoptar estrategias como asumir el hecho del machismo en la especialidad, y/o adoptar actitudes masculinas para ser aceptadas por los colegas:

Hay muy pocas mujeres cirujanas, es una de las especialidades que desde mi perspectiva es la más jerarquizada y patriarcal. De hecho la mayoría de cirujanos eminentes son hombres y están por encima de toda la jerarquía en el hospital. Todavía a las cirujanas les hacen un poco de *bullying*: que no van a tener hijos, que no se van a casar y van a ser solteras, y les cuestionan permanentemente su coeficiente intelectual. Y claro, para mí que me considero un poco feminista eso hiere mi ego femenino colectivo, porque no todos, pero algunos las critican, se burlan de ellas (Onc-L, 00). Ella era como un hombre más, era peor que nosotros, como te podrás imaginar era una necesidad de demostrar de lo que era capaz y una capacidad de trabajo impresionante. Es una especialidad que está considerada como especialmente machista, por la carga de trabajo que tiene, pero ella era una más de nosotros. Recuerdo que en la entrevista le preguntaron sobre el embarazo y que qué iba a ser con la barriga para operar y ella les contestó: ‘Pero doctores, véanse la barriga que tienen y operan sin ningún problema’. Claro, entró de una, era buenísima y de hecho ella va a hacer grandes cosas en su carrera. Se quedó allí y es docente de la [universidad privada], y tiene tres hijos (Sci-H, 90).

## **Cargos, espacios y ejercicios de(l) poder**

Los procesos de segregación vertical dados por las estructuras de poder en la medicina, están representados en las dificultades para las mujeres y las-os extranjeras-os, en experiencias de movilidad internacional, para acceder a puestos de jefatura y dirección. En el caso de las médicas, el carácter de jerarquía patriarcal de la medicina establece que algunos hombres ocupen estas posiciones: *“los directivos son hombres y tienen un estatus económico y de reconocimiento social. El resto somos plebe, no somos ricos y la mayoría son mujeres. Es más, en cirugía ahora también hay más mujeres, pero hay más jefes de servicio hombres. Es igual que en la sociedad”* (Cir-H, 90). A la par de las mujeres, quedan excluidas también otras masculinidades que no se ajustan al patrón del profesionalismo masculino tradicional: *“es una carrera muy competitiva y cuando tú eres jefe tienes que tener muy mala leche y a mí no me sale, y es complicado porque yo soy muy conciliador, muy tranquilo, de evitar peleas... no sé cómo aguanté tres años”* (Gin-G, 90). La razón principal que esgrimen las médicas para no tener una carrera que pueda competir por las posiciones de poder, es la decisión entre la familia y la profesión. De hecho el perfil de las médicas que han logrado acceder a cargos como profesoras o jefas de servicio rompe con los moldes tradicionales de la mujer: *“en mi servicio las mujeres que han llegado más*



*arriba no tienen hijos, o son solteras, o a lo mejor tienen una pareja pero sin hijos*" (Mic-M, 00), *"de las profesoras que más admiro, yo diría un 60% eran solteras, o divorciadas. No tenían una estructura familiar como la que hay que tener en nuestra sociedad"* (Onc-L, 10).

Estas exigencias estructurales de la medicina, obligan a que las mujeres con capacidades pero que también quieren una familia deban escoger entre una cosa o la otra: *"quien ha escogido más su familia y pasar menos tiempo en el hospital y más en casa, pues ya llega solo hasta un punto"* (Mic-M, 00), *"tengo muchas cosas a favor para ser brillante si quiero, pero no quiero llegar a eso, porque llegar a la élite en la medicina me costaría mi familia y no quiero. Quiero ser mamá, tener un hogar, una familia y yo sé que eso me va a costar el prestigio como anestesióloga"* (Ane-M, 00). De la misma forma, esta condición de la medicina también afecta a los médicos: *"podría perfectamente llegar a hacer muchísimas más cosas de las que hago en mi carrera, pero no las hago porque priorizo a mi familia"* (Gin-H, 00). No obstante, también se atribuye a estereotipos negativos de las mujeres para ocupar cargos de poder, resaltando la valoración positiva de atributos asociados con los hombres: *"creo que los hombres tienen ventajas entre las mujeres para ocupar estos cargos porque las mujeres dependemos más de las hormonas, somos más histriónicas. Yo por ejemplo me llevo mejor con los hombres que con las mujeres, te peleas con ellas, son más cotilla. En cambio los hombres llevan las cosas más en paz, más neutros, más calmados. Y creo que esa es una desventaja ante un cargo importante"* (Ane-M, 00).

En los posibles cambios futuros de esta situación, juegan un papel muy importante las/os profesionales que están ahora en cargos de poder. En este sentido, pueden perpetuar la estructura patriarcal: *"aquí en España aún escogen hombres como jefes de servicio porque las mujeres se embarazan, todavía sigue pasando como en Latinoamérica"* (Sci-H, 90), *"mi primer contrato en pública, el jefe me decía: 'Entre nosotros, una de las razones que te cogí es porque eres hombre y no vas a cogerte bajas, ni a cuidar hijos'. Y me lo dijo directamente. Claro, sigue siendo así"* (Gin-H, 00). O en caso contrario, pueden hacer la diferencia apoyando las carreras competitivas de las médicas que deseen tener una familia: *"la jefa mía tiene cinco hijos, entonces ella sabe lo que es ser madre y lo que es ser madre trabajadora"* (Neu-M, 00), *"es un tipo que le dices: 'Me voy a quedar embarazada', y él ya va buscando la gente y muy bien"* (Ane-M, 00), *"cuando fui jefe de la unidad de cuidados intensivos habían dos adjuntas y una profesora, y no generaban ningún problema. Eso es un absurdo en toda regla, eso no tiene nada que ver... sacaría algunos hombres de la medicina con los ojos cerrados, aquí y allá"* (Int-H, 80). De la misma forma, la legislación del país donde se practique la medicina permite en mayor o menor grado el dedicarse a una carrera competitiva: *"acá tienen reducción de jornada, las bajas por maternidad. En Venezuela no hay nada de eso"* (Tra-H, 90), *"en Suecia las condiciones de*

*trabajo son muy buenas. Aquí todavía libro las guardias y en Colombia no, o sea, que tengo algo más de lo que tienen mis compañeros allá y aún así me parece una salvajada” (Ane-M, 90).*

Si este techo de cristal impide a las médicas y a algunos médicos con masculinidades no hegemónicas acceder a posiciones de poder, en contextos de movilidad internacional se reproduce esta estructura, pero esta vez con las-os médicas-os extranjeras-os. De los relatos surgen dos situaciones. La primera de ellas, se da al interior de España con las comunidades autonómicas de Cataluña y el País Vasco. En estas regiones se considera ‘extranjero’ también a las-os españoles: *“estamos en Cataluña, aquí son muy nacionalistas, muy cerrados. Y los adjuntos y jefes de servicios sí son la mayoría catalanes y pocos españoles. Y latinos... no he visto” (Ane-M, 00), “tienes que hablar euskera y ser de aquí, de lo contrario no logras una plaza de esas jamás” (Int-M, 00).* El segundo caso, tiene que ver con las-os médicas-os latinoamericanas-os fuera de estas dos comunidades, que para optar a estas posiciones deben contar con altos capitales como la especialidad, la nacionalidad y una trayectoria laboral significativa: *“yo he llegado a ser jefe de mi unidad. Hay latinos que hicieron la especialidad aquí y siendo español... porque sin la nacionalidad no compites” (Min-H, 80).* En cuanto a las razones por las cuales no hay médicas-os latinoamericanas-os que ostenten puestos de jefatura y dirección, éstas oscilan entre el poco tiempo que llevan en España: *“no ha dado tiempo a que podamos optar por un cargo de estos” (Tra-H, 90),* o al racismo contra las-os extranjeras-os: *“no hay muchos latinos como catedráticos o jefes de servicios. Y creo que es más debido a factores xenofóbicos, que a factores individuales de formación o práctica médica” (Cir-H, 90).*

Estos factores de racialización operan en varias dimensiones. De una parte, aún cuando la medicina tiene una estructura totalmente jerárquica: *“nuestra formación es militar, y el que está por encima tuyo y tiene más antigüedad tiene derecho a todo. Aquí no es tanto, pero siempre en medicina el más antiguo te lleva algo de ventaja” (Sci-H, 90),* no se respeta la antigüedad del profesional ‘extranjero’ al momento de elegir el cargo de dirección: *“he enseñado a operar a los residentes españoles de mi especialidad, y hoy una de ellas es mi jefa” (Gin-H, 80).* Por otra, al ser ‘extranjero’ las redes más densas de las-os nacionales les protegen cuando se compite por una plaza: *“tuve que irme de la pública, aunque yo tenía prelación por ser el más antiguo, pero no sé si por el hecho de ser extranjero aunque nunca me lo manifestaron... aunque había uno que sí decía que no entendía que hacía un sudaca ahí metido. También sacaron a mi jefe y yo ahí ya no pintaba nada, porque no tenía ninguna protección y mis compañeros no iban a luchar por mí. Tanto que en mi servicio a todos les conceden la plaza en propiedad menos a mí” (Sci-H, 90).* Asimismo, la racialización de estos cargos de poder actúa desde el color de la piel y los rasgos fenotípicos:

En la clínica privada que estaba, las personas muy mestizas no pueden trabajar, de ninguna manera, tristemente cuanto más alto subas más discriminación y más blanco tienes que ser. Yo me acuerdo de un paciente que me dice después de haber salido de la consulta: “Me ha visto el médico latino ese”. Y aunque mi compañero es muy valorado, le ha tocado trabajar mucho más a él que tiene un fenotipo diferente al blanco. Es que la clase alta es muy, muy racista. Yo me acuerdo que mi papá siempre tenía el concepto de que yo tenía que intentar insertarme en el nivel de arriba, y le decía: “Por más de que tú estés ahí nunca lograrás insertarte realmente”, porque aquí hay una clase altísima a la que no puedes entrar. Aunque personalmente no quiero eso, pero tampoco me lo van a permitir. Bueno, las barreras de aquí son mucho menos que las de nuestros países... en nuestros países sí que hay más machismo, clasismo y racismo (Gin-H, 00).

Otros espacios de poder en el campo médico son los que tienen que ver con el rol de la investigación y la administración. Estas dos actividades generan posiciones antagónicas en las-os médicas-os latinoamericanas-os, con una valoración muy alta del campo investigativo, y por el contrario, cuestionamientos a las actividades de administración y de gestión. En el caso de la investigación, el grado y complejidad que se pueda desarrollar depende de los recursos económicos de los que se disponga: *“casi todos los hospitales nuevos sacrifican la investigación y únicamente están investigando los hospitales públicos, porque nosotros estamos dedicados a atender gente por volumen y no nos queda tiempo para más”* (Gin-H, 00). Si bien se reconoce que también con pocos recursos se puede hacer algo de investigación de forma autogestionada: *“las investigaciones de mucho valor económico, tiene esa barrera. Pero si tú más o menos te agencias y es algo más barato, pues podrías hacerlo”* (Min-H, 80). Sin embargo, nuevamente el tiempo de dedicación y el estilo de vida son factores que determinan el que las-os médicas-os no deseen una carrera altamente competitiva en este campo, perjudicando en mayor medida a las mujeres: *“en mi servicio tenemos que estudiar mucho y hacer mucha investigación, y te presionan mucho con eso. Y a mí me interesa porque siempre he querido investigar, soy buena para eso. Aunque no quiero esa vida de competencia investigadora, yo no quiero ser así, yo no quiero ser esa persona, no me gusta”* (Mic-M, 00), *“en mi caso tengo familia numerosa y tengo que trabajar mucho. Y otros que no tiene familia tienen mucho tiempo para dedicarse a la investigación, estudiar más. Y quizás eso sí sea motivo de envidia”* (Min-H, 80).

Si bien la investigación es altamente valorada, la administración y gestión no lo son tanto. En este sentido, las razones en las que más coinciden las-os médicas-os están relacionadas con el cuestionamiento al marco ético para la realización de estas actividades: *“no lo aceptaría porque lo que rige la medicina son los políticos, y para ser jefe tienes que ser sumiso ante esos políticos y los políticos se rigen por números. Entonces sería aceptar algo con lo cual estoy totalmente en contra”* (Tra-H, 90), *“ya he estado en*

*puestos administrativos, no aquí, en el Perú y sé que hay cierto nivel de corrupción donde si tú no entras pues te enfrentas a todo* (Min-H, 80), *“no me llama la atención, porque conociendo lo recta que soy pues rodarán cabezas y me dará todo igual. Los gestores tienen muchas implicaciones éticas”* (Min-M, 90). Aunque también se reconoce que hay administradores que trabajan en contra de los procesos de privatización: *“conozco gestores que defienden la sanidad pública y trabajan por eso. Y eso va a depender de tu ideología, de tu idiosincrasia, de tu formación”* (Min-H, 80). Estos dilemas éticos también están presentes aún en aquellas/os médicas/os que han optado por especializarse en administración y gestión: *“es de principios y como mantenerlos a raya. Incluso me decían: ‘Usted cada vez que entre a un cargo tenga de una vez su carta de renuncia lista, porque si les empiezan a decir que hagan tal cosa y no es ético, ustedes pasan su carta de renuncia y se van a otro lugar, pero nunca deben vender sus principios’”* (Msp-M, 00). Asimismo, existen otros motivos para no desear estas posiciones de poder como la baja confianza que generan los cargos de administración: *“esos no gustan casi, son los detestados”* (Sci-H, 90), y el gusto por la práctica médica en lugar de los trabajos de oficina: *“personalmente no me gustan los cargos directivos ni gerenciales, prefiero estar en la guerra y nunca me lo he planteado”* (Tra-H, 90), *“no me gusta en absoluto, nada de papeles”* (Int-H, 00).

Por último, si en el presente la medicina latinoamericana es una profesión que en su fuerza médica de base está compuesta en su mayoría por mujeres blancas y blancas-mestizas de clases medias y altas, en el futuro los cargos de poder en el campo médico tendrán que ser ocupados por estas profesionales. Paradójicamente, recuperando el saber y poder de la curación que les fue arrebatado históricamente: *“se ven mucho más mujeres que acceden a la carrera de medicina, más mujeres especialistas y que luego acceden a cargos más jerárquicos como incluso jefes de servicio. Que eso antes no pasaba y ahora se va viendo”* (Gin-H, 10), *“hoy en día los jefes son muy mayores y se tendrán que jubilar, y en mi servicio la que le sigue a mi jefe es una mujer y ella será la próxima que ocupe su lugar”* (Mic-M, 00), *“puede que ahora no estén en los cargos de poder, pero poco a poco... ya irás viendo”* (Ane-H, 00), *“estoy segura que en unas cuantas décadas la medicina va a ser un matriarcado total, o sea, yo te lo digo”* (Onc-L, 10), *“si en la universidad las chicas son mayoría, obviamente en veinte años más va a ser muy difícil encontrar chicos para que sean jefes de servicio. Entonces todas van a ser mujeres, seguro, es la lógica”* (Oft-M, 10). Si bien en la actualidad los cambios son cuantitativos, es de esperarse que en el futuro sean también cualitativos y logren modificar la estructura patriarcal tradicional de la medicina: *“la diferencia entre una mujer médico y un hombre médico en la universidad no se siente, pero sí después cuando ya están trabajando: en el trato con los pacientes, de que tu jefe sea una mujer o un hombre... eso sí que se nota”* (Gin-M, 10),

Influye mucho el cambio con la llegada de las mujeres a las jefaturas. Ahora tengo a una mujer jefa y es completamente diferente el servicio a lo que era con los jefes antes. El hombre tiene una mentalidad mucho más piramidal y las mujeres jefas lo manejan un poco diferente. Puede que en el fondo sea lo mismo, pero te lo plantean diferente. Por ejemplo, ahora soy el único hombre, y ella me dice que es bueno porque siempre viene bien tener un punto de vista diferente. Fijate, ahora los hombres somos como una discriminación positiva y hay que tener uno (Gin-H, 00).

## **Relaciones entre colegas y con pacientes**

Una vez presentadas las posiciones que se ocupan en el campo médico dadas por la especialidad como marcador de distinción y por la estructura que define el acceso a los cargos de poder, a continuación se analizan las relaciones que a lo largo de los itinerarios se moldean durante la formación y práctica médica. Con este fin, tanto para las relaciones con las/os pares como con las/os pacientes se exponen aquellos espacios de alteridad que de forma situada ubican en posiciones inferiores de poder en la medicina cuando se ocupar el lugar de 'lo otro'.

### *Relaciones de alteridad entre pares*

Si bien el ingreso masivo de las mujeres a una carrera tradicionalmente patriarcal produce una serie de desencuentros, el acceso a esta profesión de algunos hombres con identidades/orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual representa también tensiones que hasta ahora están emergiendo: *“en el clínico no podían saber porque son del opus dei, o sea, me hubieran echado. Donde estoy ahora sí lo saben y además son amigos de mi pareja, pero no sé, como que la gente lo sabe y se alegra. En [país LAM] no lo sabían, en la época en que viví allí no era un ambiente fácil para los gays, pero si a mí me interesaba que alguien lo supiera se lo contaba”* (Gin-G, 90). Para el caso de las médicas y de la misma forma que en los cargos de poder, las mujeres si bien están en igualdad o en algunos casos son mayoría cuantitativamente, se enfrentan a los estereotipos y prejuicios que sobre ellas recaen tradicionalmente desde el patriarcado. Por una parte, están los típicos estereotipos negativos: *“si coges a los hombres y les preguntas por un grupo de trabajo de solas mujeres te dicen que son un problema, porque se arman unos rollos que no se arman entre hombres”* (Sci-H, 90), algunas veces reforzados incluso por ellas mismas: *“creo que somos más conflictivas para trabajar, yo creo que sí. En general en nuestras relaciones somos más complicadas”* (Ane-M, 00). Y de otra, los estereotipos relacionados con los cuidados, la maternidad, la responsabilidad, y que a su vez, son atributos no reconocidos en la masculinidad tradicional: *“mi jefe dice que las mujeres rinden más, y lo dice abiertamente. Porque aunque tengamos todo el tema*

*familiar somos más responsables, en cambio los hombres son un poco más perezosos” (Ane-M, 00), “hay un poco más de compañerismo y un poco menos de competencia cuando hay más mujeres, no es tan tosca la competencia como la de los hombres” (Onc-L, 10), “tenemos como algo de instinto maternal y sí que lo ves con los pacientes, que nos ponemos en los zapatos del otro. Los hombres no, porque no tienen esa empatía” (Fam-M, 00).*

Las médicas también tienen que lidiar con la presión en cuanto a los cánones de belleza dictados por la jerarquización del sistema colonial/moderno. En este sentido, las identidades sexuales y formas de estar que se apartan de esta norma, o bien sufren malos tratos: *“tuve malas experiencias con mi jefe, porque llego a esa zona que son muy machistas, y a mí me decían: ‘Machorra’ por mi forma de ser independiente y fuerte” (Fam-M, 00), o pasan inadvertidas para los hombres: “nunca me pasó a mí, porque yo solo establecí relaciones profesionales. No tengo ese tipo de problemas con los hombres” (Onc-L, 10). De otra parte, aquellas mujeres que son muy valoradas por su belleza perciben que se favorecen de esta situación que los hombres reproducen constantemente: “siento ciertas preferencias en plan: ‘Ven a dar la charla tú’. Y a veces me molesta un poco, porque yo quisiera pensar que es más por mi inteligencia y mi trabajo que por mi apariencia física” (Mic-M, 00), “una amiga del hospital a veces me decía: ‘Ay, es que no le he puesto el omeprazol al paciente. No me echas la bronca’. Y yo le decía: ‘Pero si tú me dices así las cosas, ¿cómo te voy a echar la bronca? Es que no puedo, con esa sonrisa y esos ojos azules imposible’” (Cir-H, 90). La apariencia física también determina el cuestionamiento de la capacidad intelectual, el cual está en relación con la valoración subjetiva de la belleza: “con las mujeres eran más duros, les exigían mucho más sobre todo en cirugía. Claro, a menos que fueras una mujer muy, muy guapa. Yo tenía una amiga que era brillante pero además muy guapa y el día del examen siempre se iba en minifalda” (Gin-G, 90). Por último, la presencia de la mujer en los espacios masculinos representa cierta incomodidad e incertidumbre ante las formas que deben desarrollar los hombres, para relacionarse con las médicas en el entorno laboral actual: “en la UCI estás rodeado de mujeres y muchas de ellas guapas, claro, aunque todas tienen sus novios. Y a veces quieres hablar cosas de hombres, de hecho quieres hablar cosas propias, ¿no?, y no se puede. Y además súmale a eso que si te acercas a una van a pensar mal de ti” (Int-H, 00).*

La movilidad que se da a lo largo de la formación y práctica médica, genera múltiples espacios de construcción de alteridades, es decir, de extrañeza con ‘lo otro’. En Latinoamérica por el alto componente de práctica de la carrera médica, las rotaciones por los diferentes hospitales universitarios ponen en relación a las/os estudiantes de las universidades de prestigio públicas con las/os de privadas bien sea de prestigio o sin mucho reconocimiento: *“me dieron mucho palo. Allí ves muchos más contrastes sociales, y a mí me parodiaban mi forma de hablar. Hasta los*

*profesores me preguntaban más a mí que a los otros” (Ane-M, 90), “los de la privada teníamos que esforzarnos más, y al final los de la pública siempre se llevaban el crédito” (Fam-M, 00). Una vez terminada la carrera, en el caso del servicio social obligatorio el cuestionamiento hacia lo que proviene de la ‘capital’ es manifiesto: “teníamos la parte xenófoba también, porque al venir de la capital, es lo mismo que cuando el del campo va a la capital y lo discriminan, el de la capital va al campo y lo machacan, porque claro: ‘Estos médicos de La Habana se creen que se lo saben todo’. Y uno no sabe nada porque el catarro lo produce otro virus que no es el de La Habana” (Cir-H, 90). Así como también se es racializado: “te odiaban por ser blanco, la gente no creía en lo que le decías, nunca te agradecían nada, nos detestaban. Y los indígenas odiaban a los colonos porque les habían quitado la tierra, les habían invadido, los habían utilizado, porque lo único que les habían llevado era alcohol. Es un problema social muy complejo” (Sci-H, 90).*

No obstante, es quizás en el recorrido de las trayectorias laborales con experiencias de movilidad internacional que es más factible ocupar el lugar de ‘lo otro’, en este caso, ‘lo extranjero’. Vale la pena mencionar que para estas-os profesionales, la movilidad laboral internacional es altamente valorada: *“en la medicina tiene mérito el poder salir y moverse” (Ane-M, 90), “la única razón por la que estoy aquí es para ejercer como médico y por eso he dejado mis amigos y mi familia” (Int-H, 90), “la carrera me llevó hasta Argentina, a Marruecos, a la India y yo sé que Madrid no es mi destino definitivo. Y no como turista porque me interesa conocerlos como médico. Y nunca he tenido que trabajar en otra cosa que no sea en mi carrera” (Sergio, 36). Si bien la satisfacción con esta experiencia difiere si se inicia un proceso de movilidad no voluntaria, como por ejemplo, en caso del asilo político: “tienes un choque social, económico, psicológico y de todo tipo. Se sufre mucho, porque es terrible cuando tienes que salir por cuestiones sociales, económicas, políticas o religiosas” (Min-H, 80). Como ventajas de la movilidad laboral internacional, las-os profesionales resaltan la adquisición de habilidades en la práctica médica: “la calidad de la medicina está en la movilidad de los médicos, que se pueda ejercer en diferentes países porque esa mezcla hace que tú tengas diferentes visiones y abordajes de una misma enfermedad” (Gin-H, 80), y la reafirmación de la propia formación y práctica profesional: “si viajas a otros países te das cuenta que si tú tienes una preparación adecuada, no tienes nada que envidiar al profesional del sitio donde llegas, eres tan capaz como ellos” (Min-H, 80). Sin embargo, esta movilidad laboral acarrea una serie de implicaciones en diferentes niveles. Por una parte, está la interrupción de la linealidad de la trayectoria laboral: “cada vez que cambias de país, y si cambias de continente más y si cambias de idioma peor, pierdes cinco años de carrera profesional. Eso sí, es una de las profesiones más agradecidas en cualquier lugar” (Sci-H, 90), “hay muchas diferencias entre la escuela europea y la americana, y tienes que volver a estudiar mucho” (Ane-M, 00). Y de otra, los costos emocionales que generan*

este tipo de experiencias: *“ese cambio fue con algunas visitas con psiquiatra, bajo medicamentos, no fue absolutamente nada fácil... fue una época bastante complicada a nivel personal y profesional”* (Gin-H, 80), *“fue una experiencia muy frustrante porque en Francia el auxiliar no solo hace trabajo de enfermería sino hace cosas diferentes como limpiar, cocinar y cosas así. Tanto esfuerzo para ser médico y no poder trabajar en ello”* (Fam-H, 10).

Asimismo, la decisión de ejercer en el extranjero conlleva connotaciones éticas si el desplazamiento se realiza a un país con mejores condiciones socioeconómicas que el propio. En este caso, la experiencia puede vivirse sin culpa, porque hay muchas-os médicas-os: *“cuando me fui de Cuba mi hospital quedó funcionando igual. Soy prescindible totalmente”* (Int-H, 80), por factores de expulsión: *“sí me considero un cerebro fugado, pero no me siento culpable porque me obligaron a ello”* (Tra-H, 90), porque no están trabajando en su profesión: *“creo que para definirme como eso tendría que estar haciendo lo que yo quiero, y ese no es el caso en este momento”* (Leticia, 27), o porque van a retornar a corto plazo: *“así como quería salir a especializarme también quería volver. Entonces, no me lo planteo y no lo entiendo cuando se quedan fuera trabajando”* (Gin-H, 10). En caso contrario, puede vivirse con sentimientos de culpa: *“siento que tengo una deuda por haber estudiado en una universidad pública. Y si yo tenía algo que hacer como pediatra era ahí con tantos niños que hay, no aquí”* (Ped-M, 90), aunque nuevamente depende del tiempo de la estancia internacional: *“sí me siento mal porque yo era de las mejores de mi universidad, pero a lo mejor aún no lo es tanto porque llevo muy poco tiempo aquí”* (Mic-M, 00). Así como dadas las valoraciones positivas de la formación y ejercicio en España, también involucran sentimientos de gratitud hacia este país: *“pudiendo invertir este dinero en personas de España lo hacen en extranjeros, y lo siento como un privilegio, y sí estoy en deuda. Aunque ahora al no darnos el permiso de residencia, creo que es claro que no quieren que nos quedemos”* (Ane-H, 00), *“sí, soy un cerebro fugado, pero también ellos quisieron que fuera así. Y ahora España me pagó la especialización y si me tengo que ir a buscar trabajo... pues doble fuga de cerebros [risas]”* (Cir-H, 90).

En estos procesos de movilidad existe una constante en el ejercicio de poder sobre ‘lo otro/extranjero’ relacionada con la degradación del estatus. En este sentido, de los relatos emergen situaciones de discriminación racial tanto en la movilidad intra-Latinoamérica como cuando se cambia de continente acordes con la jerarquización racial del sistema colonial/moderno, es decir, desde ‘lo más blanco’ del Cono Sur hasta la diversidad de colores del resto de la región. En cuanto a Latinoamérica, también existen prácticas que discriminan acorde a la gradación de color establecida por la colonialidad: *“yo les decía: ‘No vayan al médico cubano’, porque son médicos comunitarios que no sabían diagnosticar, ni utilizar la tecnología”* (Neu-M, 00), *“llegamos doce médicos guatemaltecos formados en*



*Cuba y éramos como los invasores, y te tenían siempre en la mira*” (Fam-M, 00), *“cuando estaba en Argentina, notaba como me trataban mejor que a los bolivianos”* (Sergio, 36). En España, las-os médicas latinoamericanas-os se enfrentan a una nueva estratificación como ‘lo latino’ que conlleva procesos de desclasamiento tanto social y profesional, resultante del tránsito de ostentar altos prestigios sociales y económicos en Latinoamérica hacia la racialización de acuerdo a la nacionalidad y rasgos fenotípicos, que ubican al ‘latino’ en España en una posición social inferior: *“el estatus que lograste allí, aquí lo pierdes. Allí eres alguien, aquí no eres nadie, tampoco te tienen en cuenta. El médico que viene de allí es inferior y eso lo puedo decir yo que soy español”* (Tra-H, 90). Esta contradicción de estatus (Gil, 2010), entre ‘médico’ y ‘latino’, hace que continuamente se esté cuestionando el conocimiento adquirido y las habilidades para la práctica médica: *“tienes que luchar para demostrar que sabes, que no eres pobre, y que no has estudiado en la selva”* (Ane-M, 00), *“se siente la desconfianza del que viene de fuera”* (Gin-M, 10), *“cuando homologué mi título me dijeron que mi programa de estudios era superior al español. Y aquí creen que hice la carrera en dos años”* (Cir-H, 90).

Sin embargo, dicha aprensión varía de grado dependiendo de la situación y el contexto. Por una parte, no se hace un cuestionamiento tan fuerte de la cualificación de la formación médica, si se están ejerciendo actividades en trabajo menos cualificados: *“como es un centro deportivo la gente no piensa que tú eres médico. Yo me doy cuenta, pero como a mí eso no me interesa, solamente lo digo cuando tengo que valorar un caso”* (Ale-M, 80), *“la gente que iba al geriátrico es de clase alta, y me impresionó mucho que me trataran tan bien”* (Bol-H, 00). En contraposición a cuando se desempeñan cargos de poder: *“había uno que sí decía que no entendía que hacía un sudaca ahí metido”* (Sci-H, 90), *“tristemente cuanto más alto subas más discriminación y más blanco tienes que ser”* (Gin-H, 00). Otro caso es cuando se hace la especialidad en el sistema MIR español, donde las experiencias son en su mayoría de reconocimiento profesional: *“me llevo perfecto con todos. Además nos conocemos desde que rotamos por los mismos sitios mientras hacíamos la especialidad”* (Ane-M, 90), *“es mucho mejor, porque se forman aquí y no está puesta en duda su especialidad”* (Min-M, 90), aunque se presentan también situaciones contrarias: *“aunque me he formado en un hospital de aquí, aún así te ofrecen mucha resistencia”* (Cir-H, 90). Por último, el grado de rechazo o aceptación varía también de acuerdo al ciclo de cierre o apertura de credenciales académicas, y de la cantidad de ofertas en el mercado laboral médico en el sistema sanitario de España. En el caso de las-os estudiantes MIR, éstas-os son apreciadas-os debido al bajo número de extranjeras-os como en el País Vasco: *“había muy pocos médicos latinos en el hospital y en mi especialidad era el único. De hecho me lo dijo mi jefe de servicio: ‘Tú vas a llamar la atención, no porque hagas las cosas bien o mal, simplemente porque eres latino’. Entonces nunca sentí ningún tipo de*

*discriminación, y eso que no hablo euskera*" (Int-H, 00). Si bien sí sufren cierto rechazo en comunidades donde el número de residentes es mucho mayor: *"a veces piensan que les estamos quitando puestos a los médicos de acá. Y si han tenido hijos o un familiar que no pudo estudiar medicina, entonces cuando ven a un extranjero es una ofensa. O enfermeros que quieren estudiar medicina y no pudieron, y que venga un extranjero a darles órdenes no es bien tolerado"* (Ane-H, 00). Dinámicas que actúan de forma análoga en el mercado laboral: *"en general piensan que el extranjero viene a quitarles el puesto de trabajo"* (Gin-M, 10), *"todo depende del mercado, de la oferta y la demanda. Vamos, cuando hubo mucha oferta no importaba ni el color, ni el idioma, ni nada y se contrataba todo"* (Min.H, 80).

Inclusive en un contexto de baja diversidad racial como lo es el campo de la medicina español: *"no ves médicos negros, pero ni siquiera ves enfermeros negros ni en hospitales públicos ni privados. Ahora empiezan a verse auxiliares de enfermería de raza negra, que pueden ser segunda generación, o se vinieron pequeñitos, o nacieron aquí"* (Gin-H, 00), las-os médicas-os latinoamericanas-os no han sentido situaciones de discriminación extrema. La explicación dada desde su punto de vista, es que esto no sucede porque son profesionales de la medicina, y a los rasgos fenotípicos de 'blanco' o 'blanco-mestizo' que les distancian de las exclusiones sociales de la migración no cualificada y de 'lo negro-indio': *"nunca me he sentido discriminada ni nada. No sé si tendrá que ver que mucha gente me dice que soy de Canarias. Quizás si yo fuera negra, me sentiría discriminada"* (Mic-M, 00), *"en la medicina uno no sufre discriminación, ¿sabes?, no es lo habitual que la gente discrimine a un médico. Aunque puede que se den casos con la gente de Perú, Ecuador o Bolivia con marcados rasgos étnicos. Pero yo como uruguayo no la he vivido ni en mis colegas, ni en la gente. Sí... no sé qué te podrá decir un médico de Guatemala"* (Psi-H, 00). Ante estas situaciones de discriminación estructural, la forma en que se viven y se reacciona ante éstas depende del entramado de capitales acumulados y de marcadores propios (género, raza, nacionalidad...). En este sentido, la autopercepción oscila entre no apreciar un patrón estructural patriarcal y racista: *"no siento ninguna limitación por ser mujer o por ser guatemalteca. Simplemente soy profesional y atiendo de la mejor forma a los pacientes"* (Fam-M, 00), *"he conseguido meterme en un medio cerrado para extranjeros completamente. Pero jamás me he sentido extranjero. A lo mejor vivo en un mundo feliz que no es el real, a veces me doy cuenta que ellos sí se dan cuenta que soy extranjero porque yo no me doy cuenta"* (Sci-H, 90). Darse cuenta, pero no detenerse en ello: *"hay muchas cosas que paso por alto, ni me fijo, o si me fijo lo paso"* (Oft-M, 10). Y reconocer explícitamente la discriminación racial: *"no sé si soy quejumbroso, o muy perceptivo, o me equivoco, pero yo noto bastante discriminación de compañeros, de adjuntos y de pacientes. Debe ser porque mi cara me delata"* (Reu-H, 00).

La profesión médica como mecanismo de compensación de 'lo latino', hace que se tengan estereotipos positivos con respecto a las-os médicas-os latinoamericanas-os: *"saben que estamos bien formados, que valoramos mucho más la relación con los pacientes y que por eso nos aprecian"* (Gin-H, 00). Aunque cotidianamente como 'latinos' deben asumir los estereotipos y prejuicios del sentido común sobre la región los cuales están generizados. Por una parte, las médicas se distancian del prejuicio de las latinas en cuanto a la disponibilidad sexual: *"es que tener 24 y ser cubana, no tengo problema con decirlo... [Cristina.- Dime a mí que soy colombiana] Ah, bueno ustedes también tienen una fama que no es así"* (Ane-M, 90), así como de los trabajos poco cualificados: *"me acuerdo de una adjunta que me decía al principio: '¿Pero tú sabes hacer las uñas?' y yo: '¿Hacer las uñas?', 'Sí, sí, porque ustedes las colombianas todas saben de peluquería y podrías ir un día a mi casa a hacerme las uñas', y yo le dije: 'No tengo ni idea, a mí siempre me las han hecho'. Y a mí eso me pareció súper ofensivo tal y como le lo dije. Pero sí hay que luchar, hay que luchar mucho"* (Ane-M, 00). Y entre los hombres, estereotipos que oscilan entre la violencia: *"de pronto por ladrones, narcotraficantes, ignorantes"* (Ane-H, 00), y el machismo: *"aquí creen que somos unos cavernícolas con las mujeres"* (Fam-H, 00).

Por último, el lenguaje funciona como mecanismo de prejuicio en la vida cotidiana remarcando el carácter 'latino'. Éste puede ser gestual: *"el solo hecho de verte tu cara o verte el color de tu piel o al escucharte hablar, ya hacen gestos y se miran entre sí"* (Reu-H, 00). O bien con expresiones de humor, que algunas-os médicas-os toman sin mayor molestia: *"tengo un compañero que cada vez que nos vemos me dice: 'El de la patera' [risas]. Y yo sé a ciencia cierta que no me lo dice de manera despectiva"* (Int-H, 80), y que se responden también con humor: *"cuando veo que me hacen alguna broma, mi respuesta es: 'Ustedes abusan de mí porque soy inmigrante', pero con una sonrisa. Y así se ríen ellos y ahí la vamos llevando"* (Fam-H, 10). Aunque también se expresa el desagrado por este tipo de comentarios: *"cuando alguien por broma me dice: 'Aquí viene la sudaca', a mí eso me molesta mucho, yo siento algo despectivo, aunque sé que esta persona en particular me quiere, pero yo creo que siempre piensan que somos inferiores, o sea, eso lo noto"* (Mic-M, 00). Asimismo, las múltiples diferencias entre el castellano de España y el español de Latinoamérica, así como el mayor estatus de la medicina en esta región, hacen que las prácticas lingüísticas sean objeto de burla o de corrección: *"todavía se ríen de mí y lo cuentan cuando estamos de copas, que cuando llegué les decía 'doctor' y pedía permiso para ir al baño"* (Ane-M, 00), *"yo les digo a los residentes nuevos de nuestros países que no le digan a todo el mundo 'doctor', que no digan 'por favor' y que no digan tantas veces 'gracias'"* (Fam-M, 00). Esta diferencia en el lenguaje es aún más compleja dependiendo de la comunidad autónoma en la que se resida en España. Si es Madrid, se asimilan los términos médicos más no el acento: *"sí digo 'tripa', 'tumbese', pero coletillas como 'vale' y esas cosas, jamás. Pero lo*

*que peor llevo es cuando quieren corregirme lo de la 'C'... es que para mí no es así"* (Reu-H, 00). A diferencia del País Vasco y de Cataluña, que el euskera y el catalán representan una barrera lingüística de exclusión: *"entre ellos hablan euskera sabiendo que hay muchos que no lo hablamos. Y antes eso me parecía fatal, pero te vas dando cuenta que no es un tema de mala educación, es que son así"* (Int-H, 80), *"sí he sabido de gente que ha tenido malas experiencias, como que en Barcelona te hablen solo en catalán"* (Gin-H, 10).

### *De médicas-os a pacientes y de pacientes a médicas-os*

La relación médica-o/paciente es un espacio central en la práctica profesional, y de la confianza que se establezca depende en gran medida el resultado de la intervención médica: *"muchísimo porcentaje de la curación es la relación de confianza que tú tengas y lo que tú le dices y te dicen, si tú no escuchas a los pacientes, tú no puedes hacer absolutamente nada"* (Gin-H, 00). Si bien debería ser una relación neutral y desprovista de prejuicios, lo cierto es que está mediada por el entramado de procesos de enclasmiento, generización y racialización, que funcionan en doble vía. Por una parte, las-os pacientes etarizan a las-os médicas: *"a veces me preguntan de dónde soy, pero lo que más les impacta es lo joven que soy más que les hable raro"* (Ane-H, 00), *"de hecho un paciente no te mira con la misma confianza: 'Ah, ¿usted es la médico? Tiene cara de niña, pero ¿qué edad tiene?'; de alguna manera te lo dicen. Y claro, de los más mayores se fían más"* (Oft-M, 10). De otra, les generizan, o bien en contra de los médicos exigiendo que les atienda una mujer: *"a veces los esposos de mujeres de Marruecos, les obligan a que sean vistas por una mujer"* (Fam-H, 00), *"a veces me dicen que si la puede atender una mujer. He sentido más rechazo por ser hombre que por ser extranjero"* (Gin-H, 10), *"hay algunas pacientes súper agresivas con los hombres aún sin saber que yo soy gay"* (Gin-G, 90). O cuestionando la autoridad o capacidad de las médicas: *"siempre te dicen: '¿Y dónde está el doctor?', y yo: 'Bueno, soy la doctora'"* (Ane-M, 00), *"los pacientes te dicen: 'Bueno doctor, muchas gracias. Señorita, adiós'. O me dicen: 'Adiós, guapa'"* (Oft-M, 10), *"yo voy a dar un informe de servicio con mi jefa de servicio que tiene 45 años y ella está informando y me miran a mí para ver si yo autorizo lo que está diciendo. En planta también y cuando paso yo me dicen: 'Ha pasado la enfermera' y era mi compañera doctora que ha pasado a revisarla"* (Gin-H, 00).

En contextos de movilidad internacional, el proceso que viven las-os médicas-os de racialización por parte de las-os pacientes, depende de factores como la cantidad de profesionales extranjeras-os: *"si un español va al hospital en su país y solo lo atienden extranjeros, debe sentirse como raro"* (Ane-H, 00), *"a veces en el hospital, todos los que estamos de guardia somos extranjeros, entonces nada o soy yo o soy yo"* (Fam-M, 00), *"parecería que venimos a quitar el pan de la boca del paciente. Yo lo noto, que hacen gestos*

*por el solo hecho de que eres extranjero y hay que aprender a poder sobrellevar esto e intentar que la atención sea lo más adecuada posible” (Reu-H, 00). Asimismo, las instituciones juegan un papel importante. En el caso de las públicas, se cuentan con políticas de inclusión: “sí, sí, los pacientes son racistas pero en el sistema público tienen que aceptar el médico que les toque y sino no se les atiende” (Min-H, 80), “una vez una marroquí me dijo que era racista, pero tuvo que aceptar que yo la atendiera” (Fam-H, 00). A diferencia de las privadas que pueden condicionar la atención del médica-o a los deseos de las-os pacientes: “es una clínica para gente de mucho dinero y entonces mucha gente decía: ‘Joder, ¿venimos a la mejor clínica de España para que nos vea un sudaca?’. Pero eso con los años ha cambiado y ya tengo un estatus y soy reconocido” (Gin-G, 90). Así como también depende de la comunidad autónoma en España: “el paciente catalán se siente mucho más identificado con un médico catalán. Y te preguntan de dónde eres, pero después ya saben que tú los vas a atender” (Ane-M, 00), “en el País Vasco son muy directos y a veces bruscos, pero son así. Y como somos muy pocos, cuando escuchan hablar a un latinoamericano y la forma cómo les hablamos, pues para ellos les resulta muy suave, muy agradable” (Int-H, 00).*

En el otro sentido, de médicas-os hacia pacientes, si bien esta relación como elemento constitutivo del profesionalismo médico debe ser lo más neutra posible, durante la práctica médica no sucede así: “nosotros los médicos solemos hacer prejuicios muy rápido, se perfila mucho: ‘Esta es una histérica, esta es una hipocondríaca’ y no es así. Se estigmatiza mucho, eso es muy común. También hay discriminación con los pacientes” (Psi-H, 00), “la relación depende de cada persona, de cómo eres, de tus creencias sobre la medicina, sobre la vida. O sea, depende absolutamente del médico, y varía de persona a persona” (Oft-M, 10), “hay médicos que son muy religiosos o muy clasistas o racistas. Que en los médicos hay de todo” (Min-H, 80). No obstante, se argumenta que la realización de perfiles es parte del ejercicio médico: “es como la habitual práctica médica: si es una mujer va a tener cierto tipo de enfermedades, los que son de raza negra tienen cierta tendencia a tener enfermedades diferentes que un blanco, un marroquí tiene unas enfermedades que no hay en el resto de la población. O sea, que sí, que si se realizan perfiles para diagnosticar” (Fam-H, 00), “en la vida los hábitos que tenemos van influyendo en nuestra salud, y tienes que ponerlo todo en su contexto. Igual al dar un tratamiento tienes que pensar en la capacidad de esa persona para cumplirlo” (Oft-M, 10). Sin embargo, este tipo de prácticas puede llevar a generalizaciones equívocas: “algunos médicos españoles piensan que la tuberculosis es una enfermedad solo de pobres, y algunos de América Latina creen que la hepatitis B o C es solo de personas promiscuas” (Fam-H, 00). En este sentido, la carga de prejuicios se puede disminuir desde la formación médica: “tener una amplitud de mente, sin prejuicios, es básica en la formación de medicina, porque tratas con personas sin interesar el motivo por

*el qué está viniendo, ni por la orientación religiosa, ni nada*” (Reu-H, 00). Así como en la práctica médica, con la utilización de protocolos:

La relación médico-paciente aquí está más regida por el protocolo y allá por el ámbito social, porque ves a un paciente y por el perfil que tú te imaginas del paciente ya hasta diriges el tratamiento. Por ejemplo, ves entrando un paciente y dices: “Este paciente lamentablemente tengo que darle el más básico de los tratamientos porque no va a poder pagarlo”. En cambio aquí, sea un extranjero que no tiene papeles o sea español, sí o sí tienes que hacer el mismo tratamiento y eso es muy positivo (Reu-H, 00).

De esta manera, existen tratos diferenciales a las-os pacientes dados por marcadores de clasificación y jerarquización social. En cuanto a la clase social, la distinción es clara entre aquellas-os que acuden a lo público y las-os que tienen capacidad de pago para la privada: *“en lo público tú los atiendes a todos por igual, en lo privada les ofreces algo más, pero los que más reciben son los del privado de clases muy altas”* (Gin-H, 00), *“es diferente cuando tú hablas con familiares de pacientes en un hospital público que en el privado. En el privado te miran completamente desde arriba, en el público, la gente humilde sí valora más lo que tú puedas hacer”* (Ane-H, 00). La edad también influye, bien sean pacientes mayores: *“le tenía miedo a los pacientes, sobre todo a las personas mayores que a lo mejor a veces son más prejuiciosas”* (Mic-M, 00), o jóvenes: *“las personas jóvenes vienen a solucionar su problema y si ven que no estás muy seguro o que dudas, por ahí sí se puede tornar un poquito difícil la consulta”* (Fam-H, 10).

En contextos de movilidad internacional, se reconocen diferencias en esta relación profesional en Latinoamérica y Europa, que tienen que ver principalmente con el grado de acercamiento. En Latinoamérica la relación es mucho más cercana que en España: *“los médicos españoles tratan al paciente con distancia, puede que se tuteen pero hay esa distancia afectiva. ¿Y qué pasa con eso? Genera desconfianza. En cambio cuando uno trata a un paciente, no a mimarlo, pero si uno le trata bien, con calma, se establece una buena relación de confianza”* (Int-M, 90), *“aquí los médicos le explican menos a los pacientes. En Chile sí que te explicaban un poco más las cosas y trato siempre de hacerlo, de informar, de explicar un poco qué es lo que pasa”* (Oft-M, 10). Y a su vez, en España mucho más cercana que en Francia: *“en Francia es muy fría la relación. Son más parecidas las de España y Argentina que la de Francia”* (Fam-H, 10). Asimismo, con las-os pacientes también se establecen comparaciones: *“el paciente español es muy complicado, son muy demandantes, te exigen las cosas, no te dan las gracias. Que luego te das cuenta que no es falta de respeto, sino que es su manera de ser. Pero claro, tú estás acostumbrado a que te den las gracias, a que sean muy amables, y vienes aquí y te encuentras con estas personas bastantes distantes”* (Mic-M, 00), *“el paciente allí sí es paciente, aquí son impacientes. Aquí si no les pides una prueba se quejan”* (Tra-H, 90). Estas dinámicas en las relaciones con las-os

pacientes, quizás sean debidas a que el reconocimiento al trabajo médico es mayor en Latinoamérica que en España: *“te respetan más, están más atentos de ti, te consideran mucho más y si estás en un pueblo eres muy respetado. En cambio aquí es una relación muy fría, y en algunos casos muy conflictiva, no es lo mismo, es diferente”* (Fam-H, 00). Si bien España y Latinoamérica comparten el mismo idioma, uno de los mayores problemas en la relación médica-o/paciente, es el aprendizaje de las diferentes lenguas que se hablan en España: *“soy colombiana y aún así tuve que aprender a hablar en español, nunca he podido con el acento y tampoco me interesa, pero sí tenía que aprender a decir cómo se dicen las cosas aquí para que me entiendan”* (Ane-M, 00), *“el paciente no se identifica contigo porque eres extranjera y entonces no tiene confianza. Y entonces claro, yo lo que hice fue aprender catalán y de inmediato notas el cambio”* (Ane-M, 00), *“atendía a los pacientes en gallego, y cuando atendía a alguien que no era de Galicia ese sí que era más complicado en el inicio”* (Gin-H, 80).

Por último, una de las relaciones que quizás está más atravesada por prejuicios es aquella que se establece con las pacientes mujeres en la consulta de ginecología. En este sentido, desde los relatos emergen diferencias en el abordaje de la relación que dependen del género e identidad sexual del-a médica-o. En el caso de las médicas, se refuerza el acercamiento de pertenecer a mismo género: *“la mujer está muy empatizada con la mujer en general, sobre todo las ginecólogas que son madres, porque cambia la relación al tener más sutilezas que una que no haya sido madre o un ginecólogo”* (Gin-M, 10). Situación que funciona de forma contraria con los médicos: *“tienes que manejar la línea gris pero muy al límite, porque tienes que generar un vínculo pero manteniendo la distancia. Es una relación más difícil para la mujer, a la que rompes la barrera de intimidad”* (Gin-H, 00). Y que en el caso de los médicos homosexuales presenta diversas ventajas que rompen con los estereotipos de esta especialidad:

Uno, no hay tensión sexual. Y dos, porque como que tenemos más empatía con las mujeres. Y la mayoría de mis pacientes no lo saben, pero eso se nota en el ambiente que no hay esa tensión sexual y sí mucha empatía. Estoy seguro de que es un plus, porque siempre en esos momentos críticos como la pérdida de un bebé o en la reproducción asistida conecto mucho porque están súper cerradas, y las hago reír, no me exasperan y les creo cuando me dicen que algo les duele o les molesta. Yo me imagino que habrá ginecólogos que aprovechan si llega una mujer muy guapa... es que es muy difícil. El otro día estábamos en una reunión que la mitad sabía que yo era *gay*, y uno de los que estaba ahí me dice: *“¿Y tú cómo haces para después de ver tantas vaginas llegar a tu casa y ver la de tu mujer?”* y le dije: *“Con más ganas veo a la que tengo en casa”*. Pero, claro, la mitad que sabía se partió de la risa. Claro, todos esos chistes y tópicos se caen porque para mí no tiene esa connotación sexual. Tengo más amigos ginecólogos *gay* y también se la llevan genial con los pacientes. Yo creo que es porque somos más emotivos, o sea, yo creo que la gente *gay* es más emotiva en el sentido que es más de corazón (Gin-G, 90).

Esta relación ginecóloga-o/mujer también involucra cuestionamientos con respecto a la idoneidad de los procedimientos para atender el parto y sobre la interrupción voluntaria del embarazo. En el primer caso, los prejuicios hacia las-os médicas-os están orientados a la realización de procedimientos de acuerdo a su comodidad: *“en Latinoamérica la cesárea se transformó en lo más común, porque por un lado los seguros médicos pagaban más por una cesárea que por un parto. Y al ser programada viene muy bien tanto para los médicos como para las pacientes”* (Gin-H, 00), *“la posición en el parto que es mucho más incómoda para la mujer que para el médico, sea hombre o mujer, es para garantizar que se pueda actuar en caso de complicaciones, tratar de controlar la situación”* (Gin-H, 10). Sin embargo, también depende del sentido crítico de las-os especialistas: *“yo cuestiono muchas cosas y me pregunto por qué se hacen las cosas así”* (Gin-M, 10), y por médicas en cargos de poder que pueden hacer la diferencia: *“mi jefa estructuró ella el servicio pensando en respetar los deseos de las mujeres cuando iban a dar a luz. Y se nota que fue ella la que llegó y armó todo desde el principio porque está todo estructurado en torno de los deseos y comodidad de las pacientes”* (Gin-H, 00). En cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, las-os médicas-os basadas-os en su marco valorativo pueden objetar conciencia en caso que no puedan o deseen hacer este procedimiento cuando la legislación del país lo permite: *“si una paciente viene a Urgencias porque quiere abortar pero en mi hospital hay objeción de conciencia, no se puede hacer una interrupción voluntaria del embarazo y tengo que respetar eso, ¿sabes?, lo puedo criticar y no estar de acuerdo, pero el sistema es así, un jefe de servicio puede prohibir al resto del servicio del hospital”* (Gin-M, 10).

## **Redes como denso entramado profesional**

Los capitales sociales heredados y adquiridos a lo largo de las biografías constituyen un factor muy importante en la configuración de los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os, en tanto las posiciones y relaciones que se pueden ocupar en el campo médico: *“el médico está considerado como una persona de alto estándar social, pero en la realidad no siempre es así... todo depende de los contactos que uno tenga, de las amistades de las que uno se rodea”* (Bol-H, 00). En este sentido, las redes y las relaciones entre ellas entretejen una densa urdimbre en torno a la medicina que posibilita la formación de un *habitus médico*, que enclasa a estas-os profesionales en los privilegios que otorga la medicina en la modernidad. De esta forma, la conformación y acumulación de redes en torno a la medicina se va tejiendo en diferentes espacios y temporalidades. En cuanto a las familias, como ya se ha analizado, son las instituciones sociales que hacen posible el cursar una carrera como la medicina, y el grado de efectividad de



los capitales sociales depende de los capitales culturales y económicos de los que se disponga. Estos capitales se potencian aún más cuando en las familias hay profesionales de la medicina, y cuando la pareja también es médica-o.

Las instituciones de educación media de prestigio públicas y privadas, constituyen otro espacio en el que se construyen redes en torno a las posiciones sociales ocupadas: *“ahora estoy preocupado por el colegio de mi sobrina porque yo quiero que vaya a un buen colegio, porque las conexiones y los contactos que tenga son muy importantes en la vida”* (Col-H, 90). En esta etapa de formación, las redes de amigas-os comparten el objetivo de excelencia académica, factor de éxito en el estudio de la medicina: *“puede que haya gente que no estudia, que tiene otras aspiraciones, pero uno siempre va siguiendo a los amigos que integran tu grupo, y que siempre han estudiado”* (Uru-M, 90), *“los amigos que tenía era gente también más o menos del mismo estatus familiar, y bueno, siempre hacíamos círculos de estudio en casa y ese tipo de cosas”* (Cub-H, 80), *“éramos muy juiciosas, nadie nos decía que teníamos que estudiar. Y lo más curioso es que de mi grupo de seis amigas del colegio, cinco somos médicos”* (Col-M, 90). En estas instituciones aquellas-os estudiantes que sus familias no cuentan con altos capitales sociales, pueden acceder a éstos a través de las familias de sus amigas-os:

En esa época el mejor colegio era uno público, donde iba el hijo del gobernador, el del alcalde y tenía un muy buen nivel académico. Antes de la primera entrega de boletines no me hablaban en el colegio, pero después de la primera entrega todos los pijos pues obviamente se acercaron a mí, primero por interés pero luego nos hicimos muy buenos amigos. Y eso me permitió acceder a ese mundo al que yo no tenía alcance: estar con médicos y abogados, ir al club campestre, a casas con piscinas, a fincas. Fue genial, intercambiaba conocimientos por pasármela bien (Col-H, 90)

No obstante, los espacios en los que las redes en torno a la medicina se configuran con unos lazos más fuertes son en las instituciones de formación universitaria tanto de la carrera como de la especialidad: *“los compañeros que tengas son fundamentales, es lo principal en tu desarrollo profesional”* (Ven-M, 00). En este sentido, el prestigio de la universidad también juega un papel muy importante: *“la especialidad y las oportunidades de trabajo dependen de la universidad en la que estudiaste y de las conexiones que tengas porque eso es determinante”* (Arg-H, 00), *“me presenté únicamente a esa universidad, la pagaban mis papás y era la matrícula más cara del país. Solamente era para los niñitos que podían pagar ahí por eso sales tan bien conectado. Es como estos MBA, simplemente sales muy bien conectado y con eso tenía acceso al resto del mundo”* (Col-H, 90), *“es la universidad pública más prestigiosa de mi país, y si eres buen estudiante tienes acceso a la especialidad que quieras”* (Ecu-H, 00). En estas instituciones se rompe la homogeneidad de clase que se compartía en las de educación media, tanto

en universidades públicas: *“en el colegio todos éramos más o menos de la misma ciudad, de la misma clase media, ni alta ni baja. Y cuando llegué a la universidad había gente de todas partes y tenía compañeros que viven en zonas súper humildes, y otros en zonas súper millonarias”* (Ven-M, 00), como en privadas: *“era gente de clase alta, pero muy humanitaria y eso hacía que me sintiera cómoda, porque yo no tenía dinero y ellos iban en un carro diferente cada día”* (Per-M, 00).

En este contexto, los grupos de estudio constituyen una red muy fuerte en la universidad, la cual cumple funciones de soporte emocional: *“te consuelas el uno con el otro”* (Col-M, 90), y de apoyo académico que asegura el culminar la carrera con excelentes resultados: *“estudiábamos juntas, siempre hacíamos nemotecnias de cualquier cosa, hacíamos simulacros antes de los exámenes”* (Ven-M, 00), *“mantuvimos un cierto índice y calidad estudiantil porque nosotros casi siempre estudiábamos en grupo”* (Rdo-M, 00). Sin embargo, a la vez que potencian a las/os integrantes también excluyen a aquellas-so que no se consideran como pares creando brechas por rendimiento académico: *“la medicina es muy competitiva, entonces teníamos un grupo que entre nosotros nos pasábamos todo. A lo mejor si no eran nuestros amigos no íbamos a ofrecerles, pero si nos pedían, tratábamos de no ser así de mala gente de guardarnos la información”* (Par-M, 00), por clase social: *“uno también se une a los que son similares a ti”* (Ven-M, 00), *“al final uno siempre se entiende con los que uno ha estado toda la vida ahí y que son como uno, que está muy malo decirlo, pero es así”* (Col-M, 90), *“nos llevaban mucha ventaja los hijos de médicos porque eran los que tenían la posibilidad de tener libros, de tener ayuda externa y los demás no teníamos nada de eso”* (Ven-M, 80), así como por género: *“los hombres eran más unidos entre ellos que nosotras, aunque en mi grupo solo éramos mujeres”* (Mex-M, 00).

Sobre los capitales de las familias y los adquiridos en las instituciones de educación media y universitaria, las trayectorias laborales se benefician de estas redes y a la vez las van robusteciendo con las diferentes experiencias de trabajo nacional e internacional. Esta acumulación de capital social opera en diferentes momentos de las trayectorias laborales. En el servicio social obligatorio pueden conseguir una plaza en el lugar deseado, o inclusive, cambiar una ya asignada: *“mi papá me sacó de ese pueblo, y me consiguió en la ciudad cerca de mi casa”* (Per-M, 00). Asimismo, son fundamentales en el proceso de ingresar al primer trabajo: *“por gente que estaba estudiando conmigo, por contacto”* (Arg-H, 10), *“conseguí trabajo por un amigo, no por la cantidad de curriculums que dejé en los lugares y en Internet”* (Col-M, 00), *“logré contactar con amigos con los que había hecho el rural para trabajar en Urgencias”* (Ecu, H, 00), *“tan pronto terminé el rural, me presenté en el hospital universitario donde había hecho la carrera, conocía médicos de allí entonces iba referenciado y en ese momento necesitaban*

gente" (Col-H, 00). Como también cuando se es especialista para ubicarse mejor en el mercado laboral: *"él me consiguió el contacto en el hospital público en el equipo de medicina interna, que es imposible entrar a un hospital público sin residencia y sin nacionalidad"* (Ecu-H, 00), *"mis compañeros saliendo en el momento que salieron, de la universidad que salieron y siendo especialistas están muy conectados, entonces les va muy bien"* (Col-M, 90), o consolidar la consulta privada: *"tenía mi clínica privada y todo es por contactos, o sea, vas conociendo gente que te va llamando para trabajar"* (Ven-H, 90). Asimismo, los capitales sociales desempeñan un papel importante en periodos de restricción de la oferta en los mercados laborales: *"ahora con la crisis los únicos que entran en la privada son por conocidos más que nada. Puede ocurrir en lo público, pero es menos posible"* (Per-H, 80).

En cuanto a la movilidad laboral internacional, las redes profesionales funcionan como fuente de información que guía las posibilidades de las trayectorias sobre la base de la experiencia vivida: *"son como unas sondas, según como a ellos les vaya, entonces voy a esperar y según lo que ellos hagan, decido"* (Col-H, 00). En este sentido, por una parte, hacen realidad el proyecto de movilidad proveyendo los recursos de acogida: *"mi amigo me recibió en su casa y me ayudó con la homologación"* (Gua-M, 00), *"a mí me trajeron mis amigos cuando había trabajo y los trámites eran más fáciles"* (Col-M, 90), *"llegamos donde nuestros amigos de carrera, que ya estaban en el MIR"* (Par-M, 00). O por el contrario, desalientan a sus contactos en caso de que las condiciones no sean favorables: *"a nadie de Cuba le digo que se venga, no hay trabajo ni para la gente que está aquí, que están en unas condiciones que tienen miedo de rechistar de alguna cosa porque le pueden echar directamente"* (Cub-H, 80), *"a mi mejor amiga la animé que se viniera hace dos años, pero porque ella era la mejor de mi clase. Y vino y pasó a Neurología que era lo que ella quería"* (Col-M, 00), *"a mis amigos ya no les digo que se vengan. Pero no soy solo yo, es todo el mundo que dice lo mismo... es que para qué se van a venir si allá pueden estar mucho mejor"* (Ven-H, 90).

Dada la estructura de la carrera que demanda mucho tiempo y dedicación, en el presente los círculos de amigas-os generalmente coinciden con las redes profesionales en la medicina: *"nuestros amigos que no son médicos no lo entienden porque para ellos es un trabajo y ya está, pero para nosotros el trabajo es muy, muy importante"* (Chi-M, 10), *"soy médico, vivimos entre médicos, mi mujer es médico, y lo llevo de una manera muy natural, conversamos de medicina sin que nos afecte, o sea, para nosotros es natural estar en este ambiente, no nos esforzamos ni nos deterioramos por esto"* (Per-H, 80), *"creo que el mundo en el que tú te mueves te condiciona las amistades. Yo me muevo en un mundo médico y mis amigos son médicos"* (Col-H, 90). En el caso de movilidad internacional, se afianzan más estos lazos con el entorno médico: *"escogí [CA] solamente porque mi amigo estaba aquí, y estoy*

*viviendo con él y con mi novia que también es médico. Pero así ha sido toda la vida, siempre vives con médicos, es que es una endogamia total, es la gente que más conoces y yo no puedo pretender vivir con gente que no conozco” (Col-H, 00), “mis amigos son mis compañeros de piso, que somos de la misma facultad en Bolivia aunque hacemos diferentes especialidades” (Bol-H, 00). No obstante, si bien existe apoyo mutuo entre extranjeras-os: “entre los latinoamericanos se siente eso de que tú vienes de afuera y si necesitas algo, le avisas, te hacen sentir integrado” (Ven-H, 00), también puede darse la percepción contraria: “entre inmigrantes sí hay piñas, por ejemplo, mexicanos con mexicanos, colombianos con colombianos. No somos tan abiertos entre todos. Eso de que como todos somos extranjeros nos ayudamos entre todos, no es muy así” (Col-M-00).*

## **Práctica médica en los sistemas sanitarios neoliberales**

El proceso de neoliberalización de los sistemas educativos y de salud se ha implementado en Latinoamérica desde los años ochenta del siglo XX, y en España desde los inicios del siglo XXI. Esta diferencia temporal y las particularidades de la implementación de estas políticas en cada contexto geopolítico, han configurado de forma disímil los itinerarios de las/os profesionales que colaboran en esta investigación. Con este fin, a partir de la descripción general de los sistemas sanitarios en Latinoamérica y España, el presente epígrafe aborda los cambios en el profesionalismo médico en tanto la relación médica-o/paciente, los niveles de confianza, la acumulación de poder médico, y el estatus social y económico de la profesión, para desde este marco, analizar las dinámicas que en los mercados médicos laborales de los SSN han adoptado las trayectorias laborales tanto en Latinoamérica como en España.

## **Profesionalismo médico en los SSN**

En las sociedades modernas contemporáneas la medicina como profesión es ejercida en el marco del monopolio y credencialismo de los sistemas sanitarios: *“la medicina la tienes que ejercer en un sistema, no la puedes ejercer fuera del sistema, no existe. A cualquier lugar que vayas hay un sistema sanitario, bueno, regular o malo”* (Uru-H, 00). A partir de la década de los ochenta del siglo XX, estos sistemas están en un proceso de tránsito de una lógica de los estados de bienestar a una de los estados neoliberales: *“la salud tiene que ser un bien social. Una sociedad que va en contra de su salud recortando y privatizando es una sociedad enferma, médicamente hablando enferma”* (Cub-H, 90), *“el tema lucrativo ha sido siempre importante y ahora está en los sistemas de salud de cualquier parte”* (Bol-H,

00), *“cada día se esta privatizando más, porque se gana mucho dinero con la salud. Y es lo que va a hacer este capitalismo corrupto que nos gobierna”* (Per-H, 80). En el contexto de los SSN, las políticas neoliberales moldean en varias dimensiones los servicios de salud.

En cuanto al gobierno, las instituciones que emergen de los relatos con una mayor fuerza discursiva son las farmacéuticas: *“los fármacos son un producto de consumo, las farmacéuticas invierten su dinero en investigación para crear un producto, venderlo y ganar mucho dinero”* (Chi-M, 10), *“no aprobaron mi investigación porque abaratar un tratamiento significa ir en contra de una farmacéutica”* (Per-H, 80), *“pagan los congresos, pero no se los pagan a cualquiera sino a los que saben que pueden decidir sobre las negociaciones con ellos. La investigación en el mundo la está llevando las farmacéuticas”* (Ecu-H, 00). Así como las compañías de medicina privada: *“la medicina se volvió un negocio cuando aparecieron las compañías de salud privada con lucro. Y el negocio consiste en abaratar los costos, de atención y los sueldos”* (Col-H, 90). Estas transnacionales, con patrones acordes a la jerarquización del sistema moderno/colonial y desde la colonialidad del poder y del saber, financian la investigación y desarrollo de tecnología y medicamentos: *“entre más dinero haya pues más se puede investigar. Entonces a la cabeza siempre está Estados Unidos y algunos países europeos. Obviamente la credibilidad que tiene un estudio de la India pues siempre lo piensas dos veces”* (Col-M, 00). No obstante, con el objetivo de maximizar la rentabilidad de las inversiones hechas, las investigaciones están orientadas a sectores de la población que las puedan adquirir: *“los avances en la tecnología son lo que más ha influenciado en la medicina, pero claro, está directamente relacionado con el lucro de las inversiones privadas”* (Per-H, 80), *“investigan lo que sea más rentable para las multinacionales”* (Col-H, 90), *“se enfoca a la gente que tiene poder adquisitivo y te la pueden comprar”* (Per-H, 80), *“¿por qué se invierte tanto en el SIDA, cuando la hepatitis y la malaria mata más gente? Y la inversión en SIDA depende, porque aquí es crónico y allá para algunos es mortal”* (Per-H, 80), *“se invierte en enfermedades más comunes en el primer mundo. Las que más están dejadas de lado son las enfermedades más frecuentes en el tercer mundo”* (Chi-M, 10).

Por el contrario, los Estados como parte del gobierno de los SSN cada vez pierden más poder: *“por lo menos deberían financiar los estudios de investigación, para que sean para el bien de todos y no de unos pocos que puedan pagarlos”* (Cub-M, 80), así como los colegios médicos: *“no he visto ningún país que tenga ventaja, ni en Perú, ni en Japón, ni aquí, pero hay que colegiarse como todas las profesiones, no sé por qué, pero bueno, hay que colegiarse”* (Per-H, 80), y las ONG que en los itinerarios de las/os médicas/os aparecen solo en funciones de ayuda humanitaria. Si bien no se hace mención explícita sobre algún sindicato en particular, las percepciones sobre las manifestaciones de protesta contra la privatización de los

sistemas de salud, están permeadas por la experiencia ya vivida de fracaso en Latinoamérica: *“en mi país estamos cansados de eso y a la final no sirven para nada. Porque al final quien tiene el poder, quien tiene el dinero pues termina tomando todas las decisiones. Y yo creo que aquí pasa más o menos lo mismo”* (Ven-M, 00), aunque se participa en algunas de ellas: *“en el hospital están organizados, pero yo no estoy muy metida, cuando me entero de algo voy”* (Chi-M, 10), *“apoyo en lo que puedo, si alguien vende una camiseta pues la compro... pero no más”* (Ecu-H, 00). Sin embargo, las posiciones frente a la privatización oscilan desde los cuestionamientos éticos en la práctica cotidiana: *“si como médico ahora solo puedo pedir diez TAC al mes, entonces ¿a cuál paciente se lo pido?”* (Gua-M, 00), hasta la importancia de contar con estas herramientas de gestión: *“el costo-beneficio hay que tenerlo siempre en cuenta, porque no hay salud gratis, los recursos son limitados siempre, y más en lo público tienes que cuidar y poner límites”* (Chi-M, 10).

Con respecto a los SSN de los países de Latinoamérica y de aquellos donde se ha ejercido la medicina, de los relatos emerge como extremos de privatización Estados Unidos: *“si no tienes dinero o un seguro te puedes morir ahí y les da igual”* (Col-H, 90), y Chile: *“la medicina es privada prácticamente, y los hospitales públicos son muy precarios”* (Chi-M, 10). En el caso opuesto, entre los sistemas menos privatizados España: *“es universal y debería ser así, porque todo el mundo debería tener acceso a la salud. Por eso es una pena que ya lo estén privatizando”* (Bol-H, 00), y claro está, Cuba: *“es para todos, está muy bien, pero evidentemente eso es algo que un gobierno no puede sostener porque es totalmente público, y no está mercantilizado por ahora”* (Cub-H, 90), *“no hay consulta privada, lo que hay son hospitales que se atiende a la gente del gobierno que tiene más recursos”* (Cub-M, 80). En Latinoamérica, exceptuando Cuba, existen múltiples variaciones de un mismo esquema: *“en general son tres segmentos. Un pequeño porcentaje de población de mucho dinero que puede pagar lo privado y puede tener acceso a lo que quiera. Otro porcentaje que está en la seguridad social, que cotiza porque trabaja y tiene acceso más o menos adecuado, pero no total. Y el resto de la población a lo público, y eso... pues nada, fatal”* (Per-H, 80), *“desafortunadamente, terminamos siendo empleados de un sistema en el cual uno no escoge a quien ver. Somos médicos para la gente que puede pagar”* (Col-H, 00). En este sentido, para la población con más altos capitales económicos: *“en Latinoamérica están disponibles todas las capacidades diagnósticas, pero son muy caros, solo para los que tienen dinero”* (Bol-H, 00), *“hay hospitales de lujo iguales a los de aquí, que son inalcanzables para la mayoría de la población”* (Ecu-H, 00), *“las clínicas privadas más costosas tienen la última tecnología. Pero allí solo pueden ir los que tienen el dinero para pagar”* (Col-H, 00). En relación a la franja trabajadora que cotiza: *“no es para todos, es semi-privado se puede decir. Tú trabajas, tú cotizas y tienes derecho a los servicios”* (Ecu-H, 00). Asimismo, las personas con capacidad de pago acceden también a seguros privados para evitar los tiempos de

espera y la falta de atención en los servicios de salud privados: *“en nuestros países la gente se va a lo privado aunque no sean ricos, porque las demoras en lo público te obligan a ello”* (Arg-H, 00), si bien estos seguros no cubren enfermedades muy complejas: *“vas a lo privado a la consulta del especialista, pero cuando tienes un cáncer ya te mandan para lo público”* (Chi-M, 10).

Para las personas empobrecidas por el sistema colonial/moderno, la falta de recursos propios y los pocos asignados por los Estados dada su baja rentabilidad, configuran los servicios de salud que se les prestan, en cuanto a la infraestructura: *“no todas las poblaciones tienen un centro de salud o una consulta. O sea, hay personas que no tienen acceso a ningún nivel de salud, ni siquiera a un técnico sanitario”* (Per-H, 80), *“cuando ves que no tienen recursos, y que ruegas por un antibiótico para este paciente, ¿a quién te quejas?”* (Ven-M, 00). Así como los diagnósticos y tratamientos a seguir: *“me sirvió mucho la base clínica porque con lo que yo tenía, con mis manos y con mis ojos, tenía que hacer diagnósticos y tratamientos”* (Gua-M, 00), *“tienes que saber qué pedirle a la gente porque muchas veces no tienen para los análisis y menos para los medicamentos”* (Per-H, 80), *“tienes que mentir sacándole medicina a un paciente y dándoselo a otro. Pero cuando es grave y tienes que remitirlo a un hospital, y la gente no puede, ¿qué puedes hacer en la punta del cerro?”* (Per-H, 00), *“a lo mejor tienen que ir a vender sus gallinas para tratar de aliviar su dolor. Y si tienes algunas pastillas se las das y solo se toman esas porque no tienen para comprar más”* (Ecu-H, 00), *“la impotencia que te crea ver que alguien se muere por no tener dinero... es por dinero, no por capacidad”* (Bra-H, 80), *“si te enfermas y no tienes como pagar te mueres, porque le dices: “Tiene usted un cáncer y el tratamiento le cuesta esto...” , el paciente se va y no vuelves a saber de él. ¿De qué te sirve ser médico, diagnosticar a un paciente si sabes que no tiene dinero para el tratamiento?”* (Nic-M, 00). No obstante, también en ocasiones las recomendaciones médicas están en conflicto con las prioridades e intereses de las personas: *“si el dinero lo prefiere utilizar en que su familia viva un mes con comida, a tratarse con un antibiótico cinco días”* (Bol-H, 00), *“prefieren cuidar sus chivos que a sus hijos, pero tienes que hacer lo que sea necesario”* (Per-H, 00), *“prefiere gastar 100 bolivianos en una fiesta que gastar 50 bolivianos en una radiografía. Ahora ¿quién soy yo para juzgarle eso?”* (Bol-H, 00), así como con los roles estructurales: *“la mujer humilde realmente no dice nada, hacen lo que el médico les diga”* (Col-H, 90).

De otra parte, bajo esta lógica, lo que no es rentable es desplazado a los márgenes como la atención en las zonas rurales y el uso de la medicina tradicional. En las zonas rurales y remotas no existen motivaciones para que las/os médicas/os ejerzan la profesión allí: *“solo se va por vocación, porque se gana lo mismo trabajando en la ciudad que en el campo y es mejor estar en la ciudad”* (Bol-H, 00), *“los profesionales se concentran en las grandes urbes y la gente no se quiere ir a una ciudad pequeña ni a un pueblo”*

(Col-H, 90), si bien en Latinoamérica son los sitios donde mayor reconocimiento social se ostenta: *“tienes estatus social porque eres el médico del pueblito. Y si te quedas sin un centavo la gente te mantiene”* (Mex-M, 00). Asimismo, la infraestructura en lo rural es mucho menor que en las ciudades: *“en un hospital estás arropado por una cantidad de gente. Cuando vas a estos sitios llega la primera guardia y miras para un lado, miras para el otro y no hay nadie, eres el único médico que hay y si tienes dudas”* (Cub-H, 00), a diferencia de los países con una posición de poder mayor dada por la colonialidad: *“en España no necesitan de un médico rural, aquí en cualquier lugar del país consigues un centro de salud potente. Entonces aquí no se te muere ningún paciente, allá se nos morían si no le hacías algo”* (Col-H, 90). De otra parte, la medicina tradicional no hace parte de los SSN porque el conocimiento no está acreditado por instituciones universitarias: *“en Latinoamérica no tenemos nuestro conocimiento organizado como la acupuntura, entonces somos más un conocimiento popular. Tampoco conviene porque es una medicina barata que puede resolver ciertos problemas de salud y eso iría en contra de los intereses de muchas farmacéuticas”* (Per-H, 80). Si bien en algunos países se está reconociendo este tipo de conocimiento alternativo: *“de unos diez años para acá, la medicina tradicional ha cobrado mayor énfasis. Sé que ya hay universidades en Perú y en La Paz”* (Bol-H, 00), *“las matronas ya están reconocidas en Europa y en Latinoamérica”* (Par-M, 00). Sin embargo, la realidad es que este tipo de conocimiento ya está casi exterminado por la colonialidad del saber: *“en África la medicina tradicional es solo para la gente del campo, el resto ya va a los hospitales”* (Uru-H, 00), *“las abuelas sabían cómo curar una fiebre, pero hoy en día la gente lo único que hace es llevar a sus niños al hospital”* (Per-H, 80), *“se curaban esguinces de tobillo con crema de cebolla, porque no había antiinflamatorio. Porque para ciertas cosas sí ayuda”* (Cub-H, 00), *“no aprendí nada de medicina tradicional... era un fraude. Yo tenía un chamán en el hospital para que los pacientes se sintieran más apoyados y creyeran, porque eran más unos guías espirituales. También es que no era una zona muy indígena, ya estaba muy colonizada y ya no encontrabas nada de esa cultura indígena milenaria”* (Col-H, 90).

En el presente compartido ejerciendo la medicina en España, las-os médicas-os latinoamericanas-os han experimentado diferencias bastante profundas entre los SSN: *“las sociedades son diferentes y nos toca establecer un tipo de medicina adaptada al problema social de allá, que no tienen acá”* (Col-H, 90), *“es un abismo el que nos separa, son dos caras de una moneda”* (Per-H, 80), *“son los dos extremos: allá se te mueren y aquí el otro extremo donde la gente viene por tonterías”* (Per-H, 00), *“en los hospitales de allá te das cuenta de la pobreza de nuestros países. Aquí se ve que hay una clase media fuerte”* (Ven-H, 90). Si bien esa distancia se está acortando con la implementación de las políticas neoliberales en España: *“son polos opuestos que cada vez se van pareciendo más con la privatización”* (Gin-M, 10). En este



escenario, existen múltiples contrastes que configuran de forma diferente el ejercicio de la medicina. Uno de ellos es el enfoque hacia la clínica de Latinoamérica y el uso de la tecnología en España: *“eres un médico clínico totalmente, le das mucha importancia a lo que te dice el paciente, a lo que tú piensas y a lo que encuentras con la exploración. Y los medios diagnósticos solamente te van a confirmar lo que tú has pensado”* (Gua-M, 00), *“aquí si tú no tienes una prueba es complicado hacer un diagnóstico. Nosotros estamos acostumbrados a hacer ese diagnóstico sin pruebas”* (Cub-H, 90), *“claro que por buscar una semiología básica de una enfermedad no vas a retrasar el diagnóstico urgente de un paciente”* (Bol-H, 00). Estos enfoques en la formación capacitan a las/os profesionales de Latinoamérica para trabajar en Euro-Norteamérica, si bien esta situación no se da en el sentido contrario: *“los médicos de Latinoamérica pueden trabajar aquí sin lugar de dudas y los de aquí o de Francia de ninguna manera podrían trabajar en Latinoamérica, porque ellos aunque salen bien formados, allí tienen que trabajar con lo mínimo y en condiciones sociales muy difíciles. Nosotros en cambio sabemos trabajar con poco y nada”* (Arg-H, 10), *“es muy novedoso verlo y usarlo, pero creo que no debería acostumbrarme porque sé que en mi país no tengo los mismos recursos tecnológicos”* (Bol-H, 00). A partir de la experiencia de estas/os médicas/os, lo ideal sería un sistema sanitario que compagine la clínica con la tecnología: *“un equilibrio entre ambas sería lo ideal, es decir, no se debería dejar tan de lado lo que es la clínica, ni tampoco lo que la tecnología te puede ofrecer”* (Bol-H, 10).

La utilización de los protocolos en el marco de la colonialidad del saber también representa una diferencia entre los SSN: *“aquí he aprendido a llevar un orden médico y es muy difícil que las cosas se salgan de control”* (Mex-M, 00), *“hay muy buena organización de las sociedades españolas y europeas que son también copia de lo que son las sociedades norteamericanas, y se lleva todo muy protocolizado. En Latinoamérica también tenemos la influencia de Norteamérica y los protocolos y diagnóstico se hacen en función de ellos, pero adecuado a la realidad nuestra”* (Bol-H, 00). Otro de los aspectos resaltados es la disponibilidad de recursos: *“acá tienes todo, absolutamente todo, hasta ahora no he escuchado que no hay algo, porque si no hay te lo piden, te lo buscan, entonces pues el contraste es muy grande, muy grande. O sea, es como si yo hubiera venido de la guerra y vengo aquí y tengo todo”* (Per-H, 00), *“para los que tienen mucho dinero, porque para el resto no tenemos un equipo multidisciplinario que viene un infarto, y viene el helicóptero, de la UVI se va al cateterismo y del catéter se viene a la UCI y sale en 72 horas caminando, como aquí. Allí se te muere”* (Ven-M, 90). A tal grado, que son expresadas opiniones de ineficiencia en la gestión de los recursos del sistema sanitario de España: *“hay muchos abusos, los pacientes van a Urgencias porque les duele el dedo gordo del pie y se le hacen muchas pruebas diagnosticas, no hay consciencia de lo que cuesta y eso es tirar el dinero”* (Chi-M, 10), *“no hay sistema que aguante porque malgastan recursos. Me da una pena, yo cogería*

*una bolsa y echaría todo lo que tiran aquí y lo llevaría allí” (Col-H, 90), “este sistema es un lujo increíble y yo no sé cómo lo están financiando” (Ecu-H, 00).*

En las dinámicas contemporáneas de los sistemas sanitarios neoliberales expuesta, el código deontológico de la profesión médica contradice la lógica que gobierna los SSN: *“llevo por dentro el código de Esculapio, pero ¿cómo haces tú eso en un sistema sanitario privado?” (Cub-H, 00).* En esta situación, el profesionalismo médico tradicional es puesto en cuestión en sus aspectos constitutivos. Con respecto a la relación médico-paciente, las herramientas del control del gasto médico en aras de la rentabilidad, se aplican de forma diferenciada acorde con el segmento de población a atender. Si son instituciones privadas para clases altas, la rentabilidad está asegurada con una atención que garantiza el tiempo que sea necesario: *“el concepto de trabajar en la clase alta es que lo que tú le puedes dar al paciente es tu tiempo, eso es lo que te diferencia, porque técnicamente le haces el mismo procedimiento en el mismo tiempo pero le das todo el tiempo extra” (Arg-H, 00).* Caso contrario al segmento de la población que cotiza y/o paga un seguro privado, donde la rentabilidad se obtiene por el volumen de pacientes atendidas-os: *“no se le dedica el tiempo que se le tiene que dedicar, porque así lo impone el sistema sanitario” (Ven-M, 90), “entiendo la molestia de los pacientes porque no hay tiempo para hablar” (Ven-H, 90), “como todo está informatizado muchísimas veces tengo que escribir todo en diez minutos, y ya ni les puedes ver la cara” (Col-M, 00),*

Vas a una institución que es la que le impone al médico los minutos que le debe dedicar al paciente, porque las sociedades trabajan por volumen, entonces utilizan al médico como un obrero. Y en público y privado es igual, se ven 30 pacientes en cuatro horas, o sea, en la mañana estás en el público si tienes consulta pues ves los que te toquen, un paciente cada diez minutos, seis horas seguidas, oyendo problemas. Después a la privada a ver otros treinta, hay días que yo he visto setenta pacientes. Entonces a mí que no me digan que el último paciente está igual de bien tratado que el primero que vi porque yo soy humano, no soy una máquina. Y los salarios muy bajos, entonces si las sociedades te pagan seis euros por paciente y de ahí tienes que pagar la secretaria, la luz, la clínica al final terminas con dos, tres euros por paciente. Entonces ¿qué haces? Pues ver muchos pacientes para sacar 500€ en un mes (Ven-H, 90).

Esta disminución en los tiempos de atención a las-os pacientes no permite crear una relación de confianza, considerada de suma importancia para la práctica médica: *“si no hay esta confianza y si no es recíproco creo que es imposible entablar un buen tratamiento o realizar un buen diagnóstico” (Bol-H, 00), “no hay tiempo para entablar una relación médico/paciente entonces no se establecen vínculos de confianza” (Ven-H, 90).* Sin embargo, aún en esta situación, los problemas de credibilidad frente a los SSN se generan en mayor medida con las instituciones, políticas-os y gestores, que con las-os profesionales médicas-os: *“creo que la gente no ha dejado de*

*confiar en los médicos, en cambio yo creo que en los sistemas sanitarios sí porque el hecho de que te digan que algo es privado tú sabes que todo es dinero” (Ecu-H, 00), “lo que percibo es que la falta de confianza es más con los políticos que afectan el sistema sanitario que con los médicos” (Chi-M, 10). Aunque el profesionalismo de las-os médicas-os también podrían verse afectado si la privatización continúa: “hay problemas de confianza porque se ha mercantilizado el trabajo del médico, y en época de crisis la gente va a meter en el mismo saco a gestores y a médicos. También los médicos por ganar más dinero, van a trabajar en la privada por volumen” (Bol-H, 10).*

De otra parte, los niveles de confianza también están en relación con el grado de neoliberalización del sistema sanitario en cuanto a las exigencias de adquisición de seguros de riesgos. Estados Unidos es el país en el que más demandas se hacen contra las-os profesionales: *“hay muchas denuncias contra los médicos, pero ganas tanto que puedes contratar un bufete de abogados si te denuncian” (Ven-H, 90). En España, por esta razón se practica también una medicina a la defensiva: “aquí se ve al paciente como un enemigo cuando entra a la consulta, entonces tú haces una medicina defensiva y tecnológica: pruebas y más pruebas” (Ven-H, 90), “hay que cuidarse las espaldas pero no tanto como en Estados Unidos” (Ven-H, 00). Por el contrario, en Latinoamérica el contratar una póliza de seguros por mala praxis no es aún generalizado: “en Cuba no existe nada de eso, yo lo aprendí aquí” (Cub-M, 90), “hoy se exigen más seguros y no sé, quizás tenga que existir para proteger al médico y al paciente, pero produce un mayor gasto sanitario porque tú pides muchas pruebas para estar seguro de que no estás cometiendo ningún error” (Per-H, 80), “aquí por el miedo adquieres un seguro de riesgo, porque si te denuncian acabó todo. Tampoco es que sea como en Estados Unidos que sé que es peor, y tampoco como en Ecuador que puedes hacer lo que quieras” (Ecu-H, 00). En este sentido, las personas en situaciones de pobreza están más desprotegidas ante negligencias médicas: “en lo rural si dijo el médico que se murió por tal cosa, se murió por tal cosa, las iatrogenias allá dan igual. Y si se dan cuenta, ¿con qué dinero van a demandar?” (Mex-M, 00).*

Otros de los aspectos que constituye el profesionalismo en la medicina es la acumulación de poder y conocimiento médico en la sociedades modernas. Sin embargo, las-os profesionales que colaboran en esta investigación, si bien tienen experiencias de movilidad internacional y en su mayoría son especialistas, no ocupan posiciones de alto poder que impacten en las decisiones estructurales de los SSN en los que ejercen: *“no tenemos las grandes decisiones de política, ni de inversión en investigación médica” (Col-H, 90), “los temas éticos no se manejan cotidianamente en los médicos de base, nunca lo he tratado en mi grupo médico. Y con los pacientes menos... si no da tiempo ni a saber por qué le duele algo” (Ven-H, 90), “todas las decisiones de gestión no las tienen los médicos, son políticas” (Col-M, 00). En*

este sentido, para las-os médicas-os de base, que no son ni gestores ni investigadores, el poder que ostentan sobre la sociedad es en el momento de la interacción con las-os pacientes: *“lo que más me apasiona de la medicina es curar a la gente, ese que te viene polvo literalmente y tú lo devuelves a la vida. No lo veo como un poder, solo eres alguien que ayudas, porque tienes el conocimiento y la formación para hacerlo”* (Cub-H, 90), *“el médico tiene demasiado poder porque los pacientes confían ciegamente como para poder dormirse, operarse y poner su vida plenamente a tu disposición”* (Arg-H, 00), *“creo que si hay vidas que dependen de ti, te da algo de diferencia social”* (Bol-H, 00), *“no lo sé, es que somos los chamanes de la sociedad. No sé dónde lo leí o escuché, pero hasta un rey deja de ser rey cuando está frente al médico, porque nosotros estamos por encima de cualquier persona cuando está enfermo. Y eso nos mantiene con una aurora de poder permanente”* (Col-H, 90).

En este sentido, en el momento de la intervención médica el poder que se ejerce puede estar orientado hacia dos espacios. El primero de ellos tiene que ver con la influencia en los hábitos de las personas: *“ibas a un poblado y había un montón de parásitos, entonces enseñabas a la gente que tiene que cocinar las verduras, que tiene que hervir el agua, lavarse las manos”* (Ecu-H, 00). Sin embargo, este espacio del poder presenta una línea muy compleja cuando se dictamina qué es lo normativo en la sociedad: *“si vamos a qué es normal o qué no es normal, es que ya entramos en otro ámbito. Aunque hoy en día en las decisiones de la medicina también se considera mucho más lo que dice el paciente, la familia. Antes el médico decía lo que había que hacer y así debía ser”* (Par-M, 00), *“yo no tengo por qué cambiar ni juzgar a nadie, pero lo que sí tengo que hacer es informarles sobre el riesgo de enfermedades y los cuidados que deben de tener. Los prejuicios es algo que hay que erradicar no solamente de los médicos sino de toda la sociedad, porque esas posiciones permean la relación médico-paciente”* (Per-H, 00). El otro espacio de poder médico está conformado por las situaciones en las que se salva la vida de una persona. En este caso, depende, por una parte, del contexto geográfico que involucra el trabajo en zonas marginales y muy empobrecidas: *“tienes más conciencia de salvar vidas en lo rural porque solo estás tú, pero aquí no, aquí estás en un hospital y hay cientos como tú que pueden ayudar a la gente”* (Col-H, 90), *“nosotros estamos habituados, porque en nuestros países es normal que atendamos a gente que no tiene recursos en las ciudades o en el campo. Aquí no, aquí se van a África a vivir esa experiencia”* (Ecu-H, 00). Y de otra, de la especialidad médica: *“a un internista no se le muere un paciente, o lo mata la enfermedad o se puede equivocar pero nunca es tan agudo. Los intensivistas un poco más, tienen que meter una medicación rápidamente y salvar al paciente. Los cirujanos tienen muy poco tiempo y margen en una situación”* (Sci-H, 90), *“en el servicio de ambulancias tengo la oportunidad de trabajar con verdaderas emergencias y ver que salvas la vida a alguno y te lo agradecen... eso es inconmensurable”* (Urg-H, 80). No obstante, conlleva

también la muerte de las-os pacientes con la cual se establecen diversas estrategias emocionales: *“la gente se cree que el médico se acostumbra, yo creo que aparentamos acostumbrarnos”* (Ane-M, 90), *“creo que nosotros los latinoamericanos estamos muy acostumbrados a eso, porque venimos de sitios que no tenemos para salvar un paciente y entonces en nuestros países se nos mueren, y eso duele mucho”* (Min-M, 90), *“una cosa es mi trabajo y otra mi vida, porque yo creo que siendo médico o separas esas situaciones o te enloqueces”* (Ane-M, 00).

La implementación de políticas neoliberales en los sistemas sanitarios, también ha producido cambios en el estatus social y económico de las-os profesionales médicas-os: *“al volverse un negocio los sueldos se vuelven rasos y entonces la carrera ya pierde valor. En ese momento de transición, cuando empezamos a estudiar medicina [años noventa] no teníamos esa conciencia”* (Col-H, 90), *“no es de las carreras peor remuneradas, pero el que va buscando un estatus socioeconómico termina dándose en la cabeza contra el suelo”* (Arg-H, 10), *“tengo compañeros españoles que dicen: ‘De mis hijos ninguno va a hacer medicina’. Y creo que lo dicen porque es una carrera muy larga, muy sacrificada y que a la final no obtienes el beneficio económico ni el estatus social que quizás quisieras”* (Gua-M, 00). Sin embargo, en esta dinámica de pérdida general de estatus social y económico, en Latinoamérica aún se ostenta mayor prestigio y reconocimiento que en España: *“la imagen del médico es mucho más valorada allá, tiene mucho más respeto, aquí el médico es un trabajador más. Es más, la batuta del hospital no la llevan los médicos”* (Col-H, 00), *“aquí ser médico no es gran cosa... eso es lo que se extraña un poco”* (Ecu-H, 00), *“si vas por la calle con la bata de médico no te para ni la policía, porque se supone que eres un ciudadano ideal”* (Cub-H, 00).

En relación con estatus económico, en la región latinoamericana las políticas de flexibilización y desregularización de los mercados laborales médicos han profundizado la segmentación de los ingresos salariales: *“hemos sentido el cambio, porque ahora en nuestros países si tú no trabajas en la privada en dos o tres sitios diferentes, no tienes nada”* (Ven-M, 00), *“en la privada depende de ti: entre más trabajas, más ganas”* (Bra-H, 80). De esta forma, en el nivel más alto se encuentran las-os médicas-os con especialidades muy bien remuneradas: *“el médico que gana una cantidad exorbitante de dinero es muy poco, y sí tengo amigos que lo ganan pero tienen especialidades muy exquisitas”* (Arg-H, 10), *“mientras que aquí eres un trabajador más, allá haces parte de un ínfima cantidad de especialistas, entonces tienes mucho más prestigio y mucho más dinero”* (Col-H, 00), *“aquí por más que tú quieras trabajar es raro que haciendo más horas ganes más. En cambio en Venezuela sí lo puedes hacer. Tanto que allá sí se puede cambiar de clase social”* (Ven-H, 00). Existe otro grupo de profesionales que tienen unos ingresos medios, generalmente sin especialidad: *“el médico generalista va a sacar para vivir lo justo y necesario”* (Arg-H, 10), *“realmente el médico*

*allá no está bien pagado” (Nic-M, 00), “la medicina ya no es nada rentable” (Per-M, 00). Y por último, un segmento que tiene bajos niveles salariales: “también se ha precarizado muchísimo, ahora tú puedes estudiar medicina en universidades que nadie sabe de donde salieron, y son los que peor ganan” (Col-M, 00).*

Por el contrario, la situación en España en cuanto a las brechas salariales genera un mercado dual de unos ingresos medios para todas las especialidades en lo público, y una alta variabilidad de los mismos en lo privado desregularizado: *“los médicos tampoco ganan tanto dinero en comparación con otras profesiones, así tengan la especialidad. A menos claro, que trabajen en la privada” (Chi-M, 10), “aquí todos los especialistas en la pública ganan más o menos lo mismo” (Col-M, 00), “los que ganan más son los quirúrgicos y los anestelistas porque se les pagan más horas de guardias. Trabajando normalmente se puede ganar entre 3.000€ y 4.000€, lo cual está muy bien. Aunque está muy por debajo de la media europea, en el Reino Unido se gana el doble” (Uru-H, 00). Sin embargo, los salarios son más bajos en España que en Latinoamérica, porque en este país europeo se trabajan menos horas: “allí ganas muy bien si estás en dos o tres trabajos, pero aquí puedes vivir relativamente bien, con un solo trabajo en lo público” (Per-M, 00), “no ganan como en nuestro países pero se compensa con la calidad de vida que tienes aquí” (Ven-M, 00), “aquí trabajando en el polideportivo estoy ganando mucho más que mis amigos que se quedaron en el hospital trabajando como especialistas” (Cub-M, 80).*

## **Dinámicas de los mercados médicos neoliberalizados**

Una vez analizado el impacto de las políticas neoliberales en los sistemas sanitarios y en el profesionalismo tradicional, a continuación se exponen las dinámicas de los mercados médicos laborales en el contexto neoliberal, así como los mecanismos de éstos que han configurado los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os. Con este fin, el marco temporal de la investigación se divide en dos periodos. El primero de ellos abarca desde 1980 hasta 2007, y el segundo desde 2008 hasta 2013, año hasta el cual se trazan las trayectorias. Asimismo, para cada uno de estos ciclos, se ponen en relación cronológica los itinerarios de las-os profesionales, tanto en la trayectoria educativa desde el inicio de la carrera universitaria, como la trayectoria laboral con el ingreso al mercado médico en Latinoamérica y posteriormente en España (Tabla 27).

### Tabla 27. Trayectorias educativas y laborales

Quinquenio	Inicio carrera universitaria	Ingreso al mercado laboral médico	
		Latinoamérica (*)	España (*)
1970 - 1984	T4: Mónica, Bernardo	T4: Mónica	
	T5: Pedro	T5: Pedro	
	T6: Gerardo		
1985 - 1989	T3: Beatriz		
	T5: Víctor, Ximena		
	T6: Andrés, Javier	T6: Gerardo	
1990 - 1994	T3: Ana, Germán, Marta		
	T4: Sara	T4: Bernardo	
	T5: Heberto		
		T6: Javier	
1995 - 1999	T1: David, Sergio		T5: Pedro
	T3: Alberto, Juan, Victoria	T3: Beatriz, Germán	
		T4: Sara	
	T5: Olga	T5: Víctor, Ximena	
		T6: Andrés	
2000 - 2004	T1: Liliana	T1: Sergio	T3: Alberto, Ana, Germán, Marta T5: Víctor, Ximena T6: Andrés, Javier
	T2: Alejandro, Antonio, Daniel, Manuel, Manuela, Mauricio, Miguel, Natalia, Patricia, Sofía, Verónica		
	T3: Lucía	T3: Marta	
		T5: Heberto	
2005 - 2007	T1: Leticia	T1: David	T1: David
	T2: Gladys, Raquel	T2: Manuel, Miguel, Natalia, Patricia	
		T3: Juan, Lucía, Victoria	T3: Juan
		T5: Olga	T4: Bernardo
			T6: Gerardo
2008 - 2013			T1: Liliana, Sergio
		T2: Alejandro, Daniel, Manuela, Sofía, Verónica	T2: Alejandro, Antonio, Daniel, Gladys, Mauricio, Manuel, Manuela, Miguel, Natalia, Patricia, Raquel, Sofía, Verónica
			T3: Beatriz, Lucía, Victoria
			T4: Mónica, Sara
			T5: Heberto, Olga

(\*) Leticia no ha tenido experiencias laborales en el ejercicio de la medicina

	Especialistas	En formación especialista MIR	Generales
--	---------------	-------------------------------	-----------

Fuente: Elaboración propia

*Primer periodo: 1980 - 2007*

Latinoamérica inicia el proceso de neoliberalización de los sistemas educativos y de salud en los años ochenta y noventa del siglo XX. Con respecto a la educación, en la región existen dos modelos conformados por aquellos países cuyo sistema es exclusivamente público: *“en mi época todo era público y estaba centralizado en la capital. No había más opciones para estudiar”* (Mónica, 62), *“en mi país todas las universidades donde estudias medicina son públicas, no hay ninguna universidad privada que tenga*

*medicina*” (Ximena, 47), y otros países con una combinación entre público y algunas universidades privadas para la élite económica: *“no está enfocada para que te quedes como un médico general que aprende todo y va a ayudar a la gente, no. Está enfocada a que tienes que ser un especialista y ganar dinero”* (Marta, 36). Sin embargo, a lo largo de estas dos décadas se implementan progresivamente en los diferentes países de la región, exceptuando Cuba, las políticas neoliberales a los sistemas educativos que, de un lado, garantizan una mayor participación de la inversión privada: *“hubo un aumento de la cantidad de universidades privadas de muy bajo nivel con lo cual salieron profesionales mal preparados, que competían con unos sueldos muchísimo más bajos que nosotros”* (Andrés, 43), y de otro, intentan privatizar las universidades públicas: *“había muchísimas huelgas generales porque querían hacer privada la universidad. Yo tuve año y medio de cierre de la universidad”* (Ximena, 47), *“tuve la suerte que en los seis años que estuve no paró en ningún momento la universidad”* (Sara, 40).

En este periodo las-os médicas-os que colaboran en la investigación logran acceder al nivel de formación de especialistas y obtienen el título en Latinoamérica. Con este nivel de formación, el mercado médico laboral de especialistas en el sector público tanto en instituciones de la seguridad social como en las de asistencia pública, permite que las-os profesionales consoliden trayectorias estables: *“la mayor gratificación de trabajar doce años en el mismo sitio fue conocer a la gente, llegar a conformar verdaderos equipos de trabajo y conocer a la comunidad”* (Pedro, 57), *“extraño mucho el colectivo de mis compañeros, fueron muchos años juntos. Mi especialidad atiende enfermedades crónicas y ya casi mis pacientes eran mis amigos”* (Mónica, 62), *“estuve en el mismo hospital todo el tiempo. Fui durante dos años el jefe de la unidad de [especialidad]”* (Bernardo, 46), *“seguí trabajando como [especialidad] durante nueve años y lo que hacía era ahorrar dinero”* (Sara, 40). Así como, en el sistema privado generan ingresos significativamente altos: *“estuve trabajando con un pie en la pública y otro pie en la privada hasta el 93 más o menos. Del 94, ya solamente fue en la privada y gané mucho dinero”* (Gerardo, 53). Para finales del siglo XX, en Latinoamérica el mercado médico de especialistas tanto en lo privado como en lo público está flexibilizado y desregularizado, con diferencias de grado y de tiempo en la implementación en los diferentes países de la región: *“llegué a tener cinco trabajos al mismo tiempo, una locura. Contratos mercantiles, que trabajaba y me pagaban pero no había ningún contrato fijo, ni en la seguridad social porque firmaba contrato cada seis meses. En [país LAM] nunca nos planteábamos que nos fueran a contratar de forma indefinida”* (Andrés, 43). En España la situación del mercado médico laboral en esta época es de poca demanda de profesionales: *“en esa época había 20.000 médicos en paro, tuve que luchar mucho porque siempre preferían contratar al español, por menos experiencia que tuviera”* (Pedro, 57). Si bien las ofertas laborales escasean, la homologación del título médico y el permiso de



trabajo no presentan dificultades, así como no se exige legalmente la homologación del título de especialista para ejercer como tal. En este sentido, la ruptura de la trayectoria no implica largos periodos, pero sí esfuerzos emocionales bastante fuertes ante la descualificación de las/os especialistas en el periodo liminar de obtención de credenciales: *“de ser un médico y casi decano de una facultad de medicina llegar a atender a un anciano a su casa, fue muy difícil. Pero es así mientras se homologa y no se puede trabajar como médico”* (Pedro, 57).

Para los años 2000 a 2007, el proceso de neoliberalización en Latinoamérica sigue su curso pese a la movilización de una parte de la sociedad. El sistema educativo concede más autorizaciones para la creación de facultades de medicina privada, en unos casos con estándares de calidad: *“mis padres eran de la pública, pero ellos mismos me convencieron de entrar en una privada porque los profesores son los mismos que están en la pública”* (Miguel, 30), y en otros, sin mayores controles: *“casi cualquiera podía abrir una universidad y cobran muchísimo dinero y no proporcionan una educación de calidad”* (Sofía, 30). Esta apertura de facultades de medicina privadas permite el acceso de aquellas/os que pueden pagar pero que no han obtenido un cupo en las universidades de prestigio tanto públicas como privadas: *“sí hay muchas universidades privadas en las que uno podría acceder al estudio de la medicina. Pero un gran porcentaje de la oferta laboral y para continuar a la especialización, está enfocada a ciertas facultades de medicina que han sido tradicionales toda la vida. Entonces por un lado sí se ha masificado, pero por otro lado las posibilidades siguen siendo limitadas para especializarte”* (Leticia, 27). En cuanto al mercado laboral en Latinoamérica, éste sigue siendo atractivo para las/os especialistas especialmente el privado, mientras que a su vez, se precariza para las/os médicas/os generales: *“trabajaba como docente de anatomía en una universidad privada y trabajaba como médica domiciliaria con otra empresa privada”* (Natalia, 29), *“había mucho trabajo como hasta la fecha pero mal pagado. Además como médico general hay poco en las clínicas privadas, porque todos son especialistas. Así que si quieres hacer algo como médico debes ser especialista o si no trabajar mucho como médico general... pero no sobrevives”* (Olga, 33).

Esta dinámica de los mercados médicos de los SSN de Latinoamérica, explica en gran medida la centralidad de la especialidad en los itinerarios de las/os médicas/os de esta región, ya que representa un mecanismo de movilidad profesional ascendente en el campo de la medicina que conlleva los privilegios de reconocimiento médico, y de estatus social y económico. En este sentido, los casos de movilidad internacional entre las/os profesionales de la investigación en estos años tienen como motivo principal la realización de la especialidad en España para las/os médicas/os generales, y para las/os especialistas que han logrado capitales económicos

evitar las condiciones de inseguridad y violencia en Latinoamérica. De esta forma, las-os profesionales que llegaron a España en este periodo reconocen una etapa de fácil acceso a las credenciales de formación y de estadía en el país, la remuneración mientras la formación de especialistas, así como oportunidades en el mercado laboral español flexibilizado y desregularizado, aspectos enmarcados en la relación de colonialidad entre Latinoamérica y España. Sin embargo, la ruptura en la trayectoria profesional depende del tiempo que tarde la adquisición de las credenciales académicas, del permiso de estancia en el país, y de una oferta laboral en el mercado médico, así como de los capitales simbólicos disponibles, configurándose varios escenarios. En uno de ellos, el tiempo liminar es considerablemente largo debido a que no se cuenta con ninguna de las credenciales para reiniciar la trayectoria. Es decir, hay que recabar desde España los papeles para la homologación del título, y una vez iniciado este trámite ingresar a un curso de preparación del MIR que concede un permiso de estudiante, y una vez obtenida la plaza acceder así al permiso de trabajo y a la especialidad (Ana-38 y Germán-38). Los tiempos liminares también son altos cuando la prioridad no es la formación como especialista sino generar ingresos para la reagrupación familiar, circunstancia que solo permite el permiso de estancia y la homologación del título médico sin posibilidad de acceder a la especialización (David-33). Otro escenario es el de aquellas-os que tienen la especialidad en Latinoamérica pero que no pueden acceder a la homologación de este título, si bien la escasez de médicas-os especialistas les asegura un permiso de trabajo a través de contratos mercantiles en el mercado privado (Bernardo-46). Por el contrario, en el caso de contar con los capitales sociales y económicos para homologar el título de especialista, durante los años que dura el trámite las-os médicas-os ejercen sus especialidades bien sea en lo público o en lo privado (Andrés-43, Javier-45, Gerardo-53). Asimismo, los escenarios que presentan menores tiempos liminares son aquellos que deben homologar el título de médico y cuentan con la nacionalidad (Alberto-35, Ximena-47), y los que llegan a España con los permisos de estudiante, el título de medicina homologado, y obtienen una plaza en el sistema MIR de especialistas (Marta-36, Víctor-42, Juan-38).

Una vez reiniciadas las trayectorias laborales en el mercado médico español, y con la experiencia vivida en los mercados desregularizados y flexibilizados en Latinoamérica, la práctica de la medicina en España bajo estos contratos así como el tener varios a la vez, no representa extrañeza alguna para las-os médicas-os latinoamericanas-os que ejercen como especialistas en lo público y privado: *“si cuando llegué aquí yo no me planteaba que fuera un problema que me fueran a contratar cada seis meses”* (Andrés, 43), *“alguna vez llegué a tener cuatro trabajos y casi seis mil euros al mes”* (David, 33), *“llegué en un momento que no había crisis, y fue más fácil insertarte laboralmente. Claro, con la predisposición que tenemos los latinos*

*de trabajar mucho más” (Alberto, 35), “he tenido suerte de estar en el momento preciso” (Víctor, 42), “he tenido suerte de venir en un momento en que no había gente para trabajar, hasta se daban el lujo de rechazar trabajos” (Bernardo, 46). Sin embargo, a finales de este periodo las instituciones del SSN español comienzan a disminuir la concesión de credenciales, las ofertas del mercado laboral ya no son tan abundantes, y la legislación cambia en cuanto a la especialización en el sistema MIR: “antes el MIR se consideraba un contrato de trabajo y te daban la tarjeta de trabajo y de residencia. Pero cambiaron el régimen a uno de estudiante que no te permite luego hacer nada más. Así empezaron a cerrar el sistema” (Alberto, 35), “tengo amigos que se han jodido, se vinieron aquí a hacer el MIR pero la ley cambió y no les dieron visado de residencia sino de estudiante” (Víctor, 42).*

### *Segundo periodo: 2008 - 2013*

El proceso de neoliberalización del sistema educativo en estos cinco años continúa en Latinoamérica: *“la privatización lleva muchísimos años, nosotros empezamos a estudiar medicina y ya la situación es así. Entonces no hemos sufrido el cambio” (Verónica, 29), aunque con algunos correctivos: “había facultades de medicina en todo lado, era increíble, horroroso y malísimas. Aunque ahora el gobierno ya las ha cerrado” (David, 33). Asimismo, las dinámicas de desregularización y flexibilización del mercado laboral para las-os especialistas y generales se mantienen, acentuando la brecha de acumulación por un lado, y de precarización, por el otro. De esta forma, las-os especialistas siguen teniendo ingresos altos: “la gran mayoría trabaja en la mañana en un público, dando clases en universidades y por la tarde tienen su privada en una clínica. Y cuando uno trabaja allá en privado gana en verdad bien, para vivir muy bien” (Daniel, 28), “allí sé que nos iría mucho mejor que aquí, o sea, por dinero estaríamos mucho mejor” (Natalia, 29), “de lo que he escuchado de compañeros latinos el regresarse a su país no es una solución mala” (Mauricio, 30), y la posibilidad, dependiendo de los capitales económicos y del reconocimiento médico, de tener una consulta privada: “los que tienen muchísimo dinero sí tienen su buena consulta privada, aunque tienes que tener cierta posición” (Ximena, 47). Por lo contrario, las-os médicas-os generales siguen ocupando las posiciones más precarias del mercado laboral: “en mi país sí hay un montón de hospitales que necesitan médicos generales” (Leticia, 27), “conseguí mi primer trabajo a los ocho meses de haber salido de la carrera, pero después de haber ido a mil lugares y de pedir muchos favores porque el hospital era público y eso que era un contrato por cuatro meses nada más” (Alejandro, 30).*

En esta dinámica de los mercados médicos, nuevamente las principales razones para iniciar la movilidad laboral hacia España es la realización de la especialidad para las-os médicas-os generales, y salir de la situación de

violencia de Latinoamérica para las-os especialistas. En relación al grupo de profesionales cuya motivación es venir a hacer la especialidad, el periodo liminar en su trayectoria está enfocado a obtener el cupo en el sistema MIR con la realización en la mayoría de los casos, de un curso de preparación o a veces con el estudio por cuenta propia. Este curso en algunos países de Latinoamérica puede ser online, lo que permite compaginar su realización con el servicio social obligatorio, lo cual disminuye el tiempo de ruptura de la trayectoria laboral. Para aquellas-os que realizan el curso en España la trayectoria laboral se interrumpe por completo, y la inversión económica del sostenimiento en España es un riesgo en caso de no obtener la plaza MIR. En este sentido, el tiempo liminar resulta del trámite del visado para aquellos países que España excluye con este mecanismo, así como de si la plaza se obtiene con un solo curso anual, o si se necesitan más. De esta forma, se presentan diversas situaciones para las-os médicas-os generales y especialistas. En cuanto a los médicos-os generales, están aquellas-os matriculadas-os en el curso de preparación al examen MIR con permiso de estudiante (Leticia-27, Liliana-29, Sergio-36). Así como aquellas-os que han accedido a una plaza en este sistema de formación o a un máster, y que por una parte, tienen la nacionalidad o son familiares comunitarios (Gladys-27, Mauricio-30, Manuela-31, Raquel-25, Olga-33), y de otra, o bien cuentan con el permiso de estudiante que expira cuando la formación termina (Alejandro-30, Antonio-28, Manuel-30, Miguel-30, Natalia-29, Sofía-30) o tienen relaciones afectivas con personas con nacionalidad (Daniel-28, Patricia-30, Verónica-29). En relación con las-os especialistas, las circunstancias varían entre aquellas-os que han terminado el MIR y el tiempo de reiniciar la trayectoria depende de conseguir un permiso de trabajo aunque sea fuera del campo médico (Victoria-34), aquellas-os que ejercen como especialistas en lo público en las comunidades autónomas que lo permiten y están en proceso de homologación de la especialidad (Sara-40), las-os que trabajan como médicos generales siendo especialistas y que no pueden homologar la especialidad (Mónica-62), y las-os que no han experimentado una ruptura laboral significativa porque tienen los permisos y la especialidad obtenida en España (Beatriz-45, Lucía-30, Heberto-40).

Este periodo está caracterizado por el cierre de la concesión de credenciales -académicas y de residencia- y la baja oferta del mercado laboral, en el contexto del proceso de implementación de las políticas neoliberales en España. En cuanto a la homologación del título de medicina, aunque cuantitativamente ha disminuido la concesión de esta credencial, el tiempo y facilidad del trámite se mantiene: *“aquí te homologan súper fácil. En cambio en Inglaterra es imposible y no por el inglés porque eso se obtiene, sino por los exámenes que implican muchos años, como en Estados Unidos. Claro que si lo consigues te ganas la lotería porque vas a ganar un montón”* (Natalia, 29). Por el contrario, lo que sí ha sufrido cambios es la normativa que regula el acceso al sistema de formación de especialistas MIR en varios

aspectos. Uno de ellos es el porcentaje de cupos asignados a las-os profesionales que no son de España o de algún país de la UE/EEE, llamados 'extracomunitarios': *"las oportunidades eran diferentes en el momento en que yo decidí venir a España, porque vienes, estudias, presentas el examen y entras a la especialidad. Hace un par de años era el 10% de los cupos ofertados, cuando tomé la decisión de venir era el 8%, y este año en septiembre baldado de agua fría: 4% para los extracomunitarios, como 240 personas no más"* (Leticia, 27). Asimismo, ha cambiado el estatus legal que pude acceder al cupo de extranjeras-os: *"si tú venías con visa de turista o pasaporte entrabas como extracomunitario al MIR, y si venías con visa de estudiante entrabas como un español, entonces era mucho mejor venirse como estudiante. Ahora los que venimos con tarjeta de estudiante somos extracomunitarios y entramos en el cupo"* (Natalia, 29). En cuanto al examen, aunque las-os médicas-os de esta investigación están realizando el MIR o ya lo han terminado, pertenecen a un grupo de muy pocas-os profesionales que han logrado el puntaje suficiente para obtener una plaza: *"tengo un amigo que ha presentado el MIR tres veces y no ha podido quedar ningún año"* (Patricia, 30), *"otra amiga tampoco pasó el MIR y se regresó a su país"* (Natalia, 29). De la misma forma, se mantiene la legislación de mediados de la primera década de este siglo relacionada con otorgar solo el permiso de estudiante: *"tengo la tarjeta vigente hasta un día después del último año de residencia"* (Alejandro, 30). A la par del cierre de las credenciales académicas y de permisos de estancia por parte de las instituciones del SSN de España, en el mercado médico tanto privado como público la oferta laboral disminuye considerablemente: *"no me tocó la época de mayor bonanza entonces aquí conozco la época de crisis"* (Manuel, 30), *"no sabía la realidad de aquí. En el 2008 cuando llegué estaba bien y en marzo Zapatero dice que hay crisis"* (Lucía, 30), *"hace año y medio me llamaban a casa para ofrecirme trabajos, ahora hace once meses que no me llama nadie"* (Mauricio, 30).

En este periodo de cierre del mercado laboral se presentan diferentes dinámicas tanto para las-os profesionales que llegaron a España en el anterior ciclo de apertura, como para las-os que lo hicieron en este de cierre. Para el primer caso, si bien las-os profesionales han obtenido las especializaciones -sistema MIR u homologación del título- y los permisos de permanencia en el país -nacionalidad o residencia-, ninguna-o de las-os médicas-os ha accedido a lo más alto de la jerarquía laboral en España: *"el top, top, top de los trabajos sería ganarse una oposición y sacarte un cargo en la pública de estos que son de por vida"* (Alberto, 35). Por el contrario, ocupan plazas en lo público haciendo guardias: *"hago diez guardias al mes, y son unos tres mil euros, pero sin pagas extras y sin vacaciones. Entonces es un contrato malísimo, pero ahora es lo que hay"* (David, 33), o están con contratos que deben renovarse varias veces al año: *"si las condiciones y las necesidades son las mismas la posibilidad de que nos renueven está presente pero si alguna condición cambia, como que no quieren gente de más de 45"*

*años o extranjera, pues entonces no, no nos renuevan” (Pedro, 57), “depende mucho de la antigüedad que tú tengas, pero la gente que va detrás de mí o en la misma línea que yo, está igual de afectada. Es decir, a mí no me pueden echar antes que a un español que llegó detrás de mí” (Ana, 38). En el sector privado, las-os especialistas están trabajando con contratos no indefinidos en hospitales concertados con participación pública: “en alguna época estuve yo mejor pero ahora mis compañeros de carrera están muchísimo mejor que yo. La última vez que nos vimos la que menos gano soy yo” (Marta, 36). Así como en instituciones totalmente privadas, con contratos mercantiles: “ahora estamos más precarizados. Seis años de trabajo y soy autónomo. Cuando yo empecé del grupo que había quedamos dos, todos los demás se han ido, se han estabilizado y han dejado la medicina privada. Y si te quejas te advierten todo el rato que tienen un cajón lleno con curriculums... y efectivamente sí los tienen” (Bernardo, 46), “yo no tengo derecho a guardias, a descansos, a vacaciones, si fuera mujer a baja de maternidad, a nada, si yo caigo enfermo ahora, nada, nada. Esperemos que no pase, que no tenga ningún accidente” (Juan, 38). Y de otra parte, están aquellas-os que trabajan en lo público y lo privado: “tengo mi contrato como interina en lo público, y hago algunas guardias en lo privado” (Ana, 38). Para estas-os especialistas que no pueden dejar de ejercer su profesión: “seas de donde seas, español o extranjero, no puedes parar porque pierdes la experiencia, pierdes las habilidades técnicas sobre todo los que trabajamos con las manos. Pero hasta el diagnosticar una enfermedad depende de que tu cerebro esté entrenado para ello” (Ana, 38), ante la baja oferta de trabajo médico las opciones de continuar la trayectoria laboral oscilan entre quedarse y mantener lo logrado en España, aprender un idioma e iniciar un proyecto de movilidad hacia Euro-Norteamérica, o regresar a Latinoamérica donde hay más opciones de trabajo así sean en condiciones neoliberales.*

En el segundo caso, para las-os profesionales que han llegado a España en el periodo de cierre las oportunidades en el mercado laboral están ligadas al nivel de formación y al permiso de permanencia del que se disponga. Aquellas-os que están en el sistema MIR tienen los cuatro o cinco años de la formación. Para aquellas-os que han terminado y tienen el permiso de estadía pueden acceder a contratos en lo público, privado y mixto, o si se quedan sin ningún tipo de permiso conseguir un empleador que les gestione un permiso de trabajo, aunque no sea en el campo médico. Para las-os profesionales con especialidad en Latinoamérica pero sin homologar el título en España y que tienen el permiso de trabajo, las opciones se han reducido tanto en lo privado como en lo público que lo permite: “a mí me contrataron estando en [país LAM] para trabajar en [CA] como [especialidad] en un hospital público. Y espero que ya pronto homologuen mi especialidad” (Sara, 40). Sin embargo, las experiencias más precarizadas para las-os especialistas son los trabajos en el sector privado en situaciones de descualificación profesional: “sigue siendo mucho mejor lo

que tengo en el polideportivo, que lo que he encontrado en la privada” (Mónica, 62), *“todos son extranjeros y somos muchos, como 50 y hay gente que lleva más de 10 años trabajando ahí. Ya deben tener los papeles pero igual siguen ahí, que son pediatras, urólogos, radiólogos. Es que un español no va a trabajar nunca en esto”* (Natalia, 29), *“he visto médicos que trabajan en cuestiones estéticas, haciendo cualquier cosa por sobrevivir, sin poder sacar el título de la especialidad homologado”* (Andrés, 43). De otra parte, las-os profesionales con el título en medicina homologado y con el permiso de estudiantes, pueden acceder al mercado privado pero con un máximo de 20 horas por semana. Estos trabajos aunque precarios, son muy útiles en el tiempo liminar de preparación para el examen MIR: *“sin la especialidad serías médico de excursión, de piscina, de geriátrico. Son trabajos de pocas expectativas profesionales, pero si lo estás compaginando con otra cosa te viene genial, pero supongo que para un médico dedicarse a eso solo debe ser frustrante”* (Gladys, 27), *“son 80 horas al mes y tanto a ellos como a mí no nos interesa pasarnos de horas. Lo que puedes hacer es trabajar en varios sitios y si estás en negro no pasa nada, como estoy en la clínica que no tengo contrato y aunque me deben dinero yo lo tomo como un ahorro”* (Sergio, 36).

La situación actual en España de baja oferta laboral: *“nadie la tiene fácil, ni el español ni el latino y menos si no tiene papeles”* (Daniel, 28), *“en esta época no hay casi trabajo para nadie, todos los residentes salen y no tienen donde trabajar”* (Andrés, 43), conlleva que los procesos de contratación estén mediados en un mayor grado por mecanismos de racialización, que por aquellos de generización o etarización. En el caso de querer acceder al sistema público, las barreras de exclusión impuestas son la nacionalidad y la especialidad: *“hoy en día para un médico latino es mucho más difícil, porque tienes que tener homologada la especialidad o haberla hecho aquí y tener la nacionalidad. Claro, y esperar que se vaya uno y que quede esa plaza libre”* (Pedro, 57), y para algunas comunidades autónomas como el País Vasco y Cataluña la exigencia de un idioma diferente al español, bien sea euskera o catalán respectivamente: *“yo con mi edad no me voy a poner a estudiar [lenguaje] para tener el nivel exigido para lograr una plaza en lo público”* (Berardo, 46). Por el contrario, en el mercado privado neoliberalizado existen mayores oportunidades para las-os especialistas latinoamericanas-os con permiso de trabajo: *“muchos terminan dedicándose no más que a la privada porque tienen más el perfil de la privada que el médico local”* (Alberto, 35), *“trabajas más, ganas menos, y la incertidumbre de quedarse sin trabajo es de todos los días”* (Bernardo, 46). Ante este panorama de baja oferta, la vulnerabilidad racial de las-os médicas-os extranjeras-os es manifiesta: *“lo más seguro es que son los primeros que quedan desempleados. Yo fui de los primeros que salí del hospital”* (Andrés, 43), *“inclusive [pareja] que tiene la especialidad hecha aquí y que tiene la nacionalidad es imposible que entre a lo público, porque no van a contratar a uno de otro país y recién graduado”* (Verónica, 29), *“con los recortes sacan a*

*todos los que son eventuales que son un buen número y luego los interinos que también son un buen número. Y yo creo que serían los primeros en salir”* (Pedro, 57). Aunque algunas-os consideran que no es una práctica discriminatoria: *“ahora hay médicos españoles en el paro”* (Ximena, 47), *“a los mismos españoles ya solo les ofrecen cubrir guardias o una baja de alguien”* (Daniel, 28), hay muchas-os que piensan que sí lo es: *“el paciente prefiere ver a un español antes que a un latino en la consulta, porque siente que un español tiene que estar trabajando ahí y no estar en el paro”* (Alberto, 35), *“la mayoría de adjuntos en mi servicio y del resto del hospital que tienen puesto fijo son españoles, o sea, hay muy pocos extranjeros con plaza fija”* (Verónica, 29).

En el marco de las dinámicas neoliberales del sistema sanitario español de la presente década, para que las trayectorias de las-os médicas-os latinoamericanas-os no experimenten situaciones de descualificación profesional, el objetivo a alcanzar es la obtención de la nacionalidad y la especialidad. Frente a esta meta de éxito profesional existen varios escenarios de vulnerabilidad acordes a las credenciales que faltan por adquirir. Primero, las-os médicas-os generales recién egresadas-os. Estas-os profesionales están preparando el examen de ingreso a la plaza MIR y tienen visa de estudiante, aunque la circunstancia de vulnerabilidad es atenuada si la edad y familia corresponden a las exigencias estructurales de la formación especialista: joven y sin hijas-os (Liliana-29, Leticia-27). Segundo, no contar con la especialidad. En este caso, la situación de fragilidad profesional aumenta cuando solo se tiene el permiso de estudiante y no se es joven (Sergio-36), o en caso de contar con el permiso de trabajo pero se tienen hijas-os (David-33). Tercero, no contar con el título de especialista homologado en España pero sí con permiso de trabajo, lo cual expone a acceder a ofertas solamente en lo privado, bien sea como especialista (Bernardo-46) o como médica-o general (Mónica-62). Sin embargo, algunas comunidades autónomas permiten contratar en lo público para ejercer la especialidad sin homologación (Sara-40). Cuarto, las-os médicas-os en formación en el sistema MIR o en máster que cuentan solo con el permiso de estudiante. En este caso, se tienen varias opciones para cambiar este estatus legal una vez sean especialistas. Encontrar una oferta laboral: *“no es posible que me hagan los papeles, porque ahora la empresa no está solvente y no puede hacer ese tipo de trámites”* (Natalia, 29), *“antes tu propio hospital te hacía los papeles, pero ya no y cuando acaban tienen que buscar que un trabajo les haga los papeles y cada vez es más difícil”* (Manuela, 31), *“empezar a buscar trabajo en los últimos meses del MIR, se llevan los currículos a los hospitales y a las privadas”* (Manuel, 30). Trabajar como autónomas-os: *“me toca en cualquier cosa privada y con contratos como autónomos o mercantil”* (Patricia, 30), *“cuando [esposo MIR] se haga autónomo le cambian el NIE de estudiante por residente. Es que tenemos que cambiarnos de régimen como sea”* (Natalia, 29). Probabilidad de



contratación dependiendo de la especialidad, de la comunidad autónoma y del hospital del MIR: *“dicen que en el área en la que estoy todavía hay alguna salida. Eso sí, fuera de Madrid”* (Antonio, 28), *“en el hospital donde hago la residencia nos dicen que nos pueden ofrecer algún tipo de contrato para tener el permiso de trabajo”* (Miguel, 30), *“mi hospital es privado, pero además el servicio de [especialidad] también es privado, está externalizado”* (Daniel, 28). Seguir estudiando para mantener el permiso de estudiante: *“quedarme con una beca de investigación por un año más”* (Sofía, 30), *“cuando terminan el MIR, se inscriben a un curso de posgrado en una universidad, renuevan el NIE y con esto siguen buscando trabajo”* (Daniel, 28). Y tener una pareja con la nacionalidad: *“con los papeles de él pues estamos tranquilos los dos”* (Verónica, 29). En el caso de no poder cambiar de estatus legal, dada la situación del mercado médico laboral en Latinoamérica, retornar a los países de la región es una buena opción para continuar con las trayectorias como especialistas: *“mis amigos van a intentar quedarse pero si no encuentran trabajo en uno o dos meses se van para el país”* (Natalia, 29), *“mis amigos colombianos no tienen ningún problema, si no encuentran trabajo cuando terminen: ‘Pues mira, me regreso sin pensarlo dos veces’”* (Daniel, 28), *“no sé con total seguridad pero yo creo que mi título me va a dar cierto prestigio a la hora de encontrar trabajo, a lo mejor sin muchas aspiraciones iniciales, pero yo pienso que sí hay trabajo”* (Sofía, 30).

Ahora bien, en este epígrafe se han expuesto las críticas y cuestionamientos en contra de la neoliberalización de los sistemas sanitarios por parte de las-os médicas-os latinoamericanas-os. Sin embargo, exceptuando el caso de Cuba, estas-os profesionales se han formado y han ejercido sus carreras desde los años ochenta, de tal forma que sus itinerarios están altamente moldeados por las políticas neoliberales. En este sentido, para las-os profesionales se ha normalizado la práctica médica bajo esta lógica: *“te vuelves más pilo porque puedes perder tu trabajo. Aquí los médicos son funcionarios, no te van a echar, y así hagas o no hagas vas a ganar lo mismo”* (Col-H, 90), *“en nuestra generación ya no existe más el concepto de funcionario público, nosotros ya nos olvidamos de eso. Y de hecho tú ya no te ves trabajando en el mismo hospital toda la vida”* (Arg-H, 00), *“el sistema de concertados de momento, me parece estupendo, al paciente se le ve igual, se le hacen las mismas pruebas, en eso no han recortado nada. Se siente otro ambiente, la gente viene y trabaja y es bastante eficiente, nada como el hospital público donde hice la residencia”* (Ven-M, 00). Asimismo, aunque se reconoce que los recortes son para generar mayor rentabilidad a unos pocos que ostentan el poder: *“entiendo que hay que hacer más eficiente el trabajo, pero los políticos y las multinacionales están aprovechando eso para sacar su tajada y eso pasa tanto aquí como allá”* (Col-H, 00), también se justifican por lo que se percibe como un abuso de los recursos sanitarios: *“día a día nos están recortando el material, las pruebas, aunque yo entiendo*

*que eso se debe administrar mejor*" (Chi-M, 10), y como una estrategia para que las empresas privadas salgan adelante: *"antes teníamos coche y conductor, pero ahora despidieron a los conductores, cada uno tiene que poner su propio coche. Pero de esa manera pudo salir adelante y ahora nos pagan súper puntual"* (Col-M, 00).

Con respecto a la desregularización y flexibilización del mercado laboral se aprecian como ventajas la generación de ingresos acorde a las necesidades: *"tienes que trabajar más por menos, o bueno, depende porque se trabaja en más sitios y se puede ganar más. Y es verdad, yo en la privada ganaba bastante más"* (Col-M, 00), así como tener un complemento al trabajo en lo público: *"a pesar de que existe la pública, también existe la medicina privada y eso te da la ventaja de escoger trabajos cuando los necesites. Y si no te gustan te sales y si no les gusta como trabajas tú, pues te echan"* (Per-H, 80), *"la gente trabaja en privada y en pública. Y me gustaría como trabajador tener los huevos en distintas canastas"* (Chi-M, 10). Si bien el tener varios contratos en términos neoliberales a la vez genera un desgaste en la calidad de vida: *"yo he llegado a tener tres trabajos y lo único que haces es cansarte y equivocarte"* (Arg-H, 00), *"tener en la cabeza dos, tres trabajos al mismo tiempo es agotador"* (Ecu-H, 00), *"en la medicina hay mucha incidencia de alcoholismo, porque solo logra desconectar tomando alguna cosa que luego le termina repercutiendo en el trabajo"* (Uru-H, 00). No obstante, al ser cada vez las condiciones de trabajo más desfavorables ni siquiera vale la pena económicamente trabajar de forma simultánea en este tipo de ofertas: *"antes te sacrificabas y veías tu cuenta bancaria con mucho dinero y entonces no te importaba. Pero ahora sigues trabajando en muchos lugares pero ya lo que ganas no justifica tanto estrés, ya no compensa"* (Ecu-H, 00). Paradójicamente, la percepción del entorno laboral deseado sigue siendo el sueño tradicional de la estabilidad de tener un solo trabajo: *"lo ideal es tener un solo trabajo, y ganar bien con ese único trabajo, pero cada vez es más difícil, eso lleva muchos años en conseguirse"* (Col-H, 90).

De la misma forma, la movilidad internacional de personal médico está sometida a procesos de racialización que dependen en gran medida de las dinámicas del mercado laboral del país que contrata. En este sentido, si hay déficit de personal médico, las/os profesionales extranjeras/os son invitadas/os a formarse y a trabajar: *"hubo un tiempo que ellos necesitaban personal médico, entonces incluso ellos iban a Latinoamérica a buscar médicos para que vinieran a trabajar"* (Par-H, 00), *"la homologación es muy fácil porque hasta el momento España necesitaba médicos, porque realmente es una ventaja para un país obtener personal calificado en el cual tú no has invertido... es una ganancia inmediata. Entonces España había establecido las facilidades para que gente de otras partes se viniera"* (Col-H, 00). En el caso contrario, de exceso de personal médico frente a bajas ofertas del mercado laboral, la contratación es un proceso altamente racializado: *"cuando hay*

*muy poca oferta de trabajo y mucha demanda quizás se decanten por su nacional, por el propio del lugar. Cuando la oferta de trabajo es mucho mayor que la demanda de médicos, como ocurrió en España elegían a cualquiera sin importar el idioma, que es peor porque no podías ni comunicarte con el paciente” (Per-H, 80), como lo es también la actitud del-a paciente: “la misma gente hace segregaciones y el paciente prefiere ver a un español antes que a un latino en la consulta, porque siente que un español tiene que estar trabajando ahí en lugar de tantos médicos en el paro” (Arg-H, 00).*

### **Entre varias aguas: sentires entrecruzados**

En experiencias de movilidad laboral internacional en la medicina, el entramado de los factores aquí mencionados entretejido con los capitales simbólicos disponibles, permiten a las-os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en España configurar formas situadas de estar en el mundo cosmopolitas, transnacionales y multiterritoriales. En este sentido, se entiende por ciudadanía transnacional el ejercicio del vínculo simultáneo con Latinoamérica y España, dado por el otorgamiento de credenciales de permanencia legal y académicas en ambos territorios (Padilla y Ortiz, 2014), lo que propicia procesos de multiterritorialidad en lugar de desterritorialidad en los cuales la experiencia de vida circula, al menos entre dos territorios específicos y a su vez está moldeada por ellos (Moraes, 2009). Esta ciudadanía transnacional y multiterritorial refuerza el cosmopolitismo de las clases profesionales de alto estatus, caracterizado por un estilo de vida urbano, abierto a los cambios y a la diversidad cultural, que habla idiomas, que se mantiene en contacto a través de las nuevas tecnologías y los viajes, y que habita ámbitos diferentes a los suyos pero que no llega a ser parte de ninguno (Giménez, 2000). De esta forma, se desarrollan procesos de identificación en los que una misma persona puede identificarse con varias lenguas y estilos de vida, es decir, más que identidades únicas<sup>90</sup> se generan mapas simbólicos que se modifican al traspasar fronteras geopolíticas (García Canclini, 2002). En el marco situacional de las especificidades estructurales del sistema-mundo moderno/colonial que caracteriza la relación entre Latinoamérica y España, a continuación se analiza, por una parte, el ejercicio de la modernidad como mecanismo de enclasmiento de las-os médicas-os latinoamericanas-os a las clases profesionales de alto estatus económico y social, y de otra, el

---

<sup>90</sup> La identidad muchas veces ha sido esencializada al homogeneizar un grupo social sin evidenciar las diversas situaciones que les caracteriza (Curiel, 2008). En aras de atenuar esta esencialización, podrían utilizarse propuestas de políticas no identitarias que remedien la falta de reconocimiento sin fomentar la reificación. En este sentido, se puede entender el reconocimiento de las identidades como una cuestión de estatus en relación con la clase económica (Fraser, 2000).

reconocimiento de la colonialidad a través de experiencias concurrentes de identificación y racialización.

### **Formas de estar cosmopolitas, transnacionales y multiterritoriales**

Si bien los itinerarios transitados por las-os médicas-os latinoamericanas-os les han ubicado en posiciones de poder disímiles en el campo médico, las autopercepciones que emergen desde un presente compartido en España sobre sus trayectorias, evocan una amalgama de emociones que se entrecruzan entre sí y que coexisten como sentimientos muchas veces encontrados. No obstante, estos sentires son situados, es decir, se moldean en las particularidades de España, varían en grado por la edad, el género, la raza y los capitales simbólicos que se dispongan, por el tiempo que llevan fuera de su país de origen, por los territorios en los que han habitado, por la valoración de la trayectoria en el extranjero, y las expectativas del proyecto de futuro, quedarse, moverse por Euro-Norteamérica, o retornar. En este sentido, a partir de las narrativas se configuran categorías que dan nombre a las experiencias vividas. Una de ellas es el percibirse como cosmopolitas, tanto en el lugar de trabajo: *“estoy en un hospital donde trabaja y llega como paciente todo tipo de nacionalidad... ¡Trabajo en un hospital cosmopolita!”* (Cub-H, 90), como en el de residencia: *“Madrid es una ciudad cosmopolita donde te encuentras todo tipo de gente. Y aquí encontré todo lo que estaba buscando... sí, sí, lo encontré clarísimamente”* (Cub-M, 90). Este carácter cosmopolita es propio de las grandes urbes modernas: *“tal vez en Barcelona no se note tanto porque es una ciudad cosmopolita, pero si estás en una ciudad pequeña la gente habla en catalán y son muy cerrados”* (Uru-H, 00), y tiene como ventajas el aumento de los capitales simbólicos al estar en contacto y convivencia con otras culturas: *“aprender cosas nuevas, conocer otras culturas, conocer gente nueva, comidas nuevas, viajar... ¡Me encanta!”* (Col-M, 90), *“he aprendido a ser más tolerante y no ser tan cerrado. Antes opinaba de muchas cosas sin saberlas y eso es fácil, pero luego cuando conoces que existen otras culturas, formas de pensar, de trabajar, incluso de sentir”* (Bol-H, 10). Asimismo, implica una actitud de adaptabilidad a los retos que representan los nuevos espacios, de forma independiente al tiempo de permanencia: *“siempre he criticado que el que se va a Italia quiere conseguir allí una tortilla de patata. Estás en Italia, tendrás que comer pasta”* (Cub-H, 80), *“vengo con la mente abierta y tratando de aprender, de absorber todo. Sé que es temporal, que no sé cuánto tiempo me quedará, que algún día volveré a mi tierra. Yo vengo en ese plan, porque sé que hay gente que se encapsula y pueden vivir años aquí y jamás se logran acomodar”* (Par-H, 00).

El ser ciudadanas-os del mundo es otra categoría que expresa las sensaciones presentes: *“una de las cosas que yo he aprendido aquí es que te*

*conviertes en ciudadano del mundo, al conocer tanta gente adquieres una visión general del planeta*" (Cub-H, 90), *"me encanta sentirme así porque a la final digo: 'Soy guatemalteca, pero soy ciudadana del mundo', o sea, tengo la oportunidad de estar en muchos sitios a los que no pertenezco porque no nací allí"* (Gua-M, 00), *"de tanto moverte, con el tiempo te vuelves una persona de cualquier parte del mundo"* (Col-H, 90). Situación que se aprecia de igual forma en las/os retornadas/os a España: *"en Venezuela me consideraban extranjero y aquí en España me consideran extranjero... soy un ciudadano del mundo"* (Ven-H, 90). Asimismo, es un atributo altamente valorado en contraposición a la visión localista: *"nuestros hijos hablan palabras argentinas, venezolanas, y tienen costumbres españolas. Lo cual es bueno, porque yo quiero que sean ciudadanos del mundo, no tengo la idea que terminen arraigándose en ningún lugar"* (Arg-H, 00). De otra parte, también se manifiesta el tránsito de los itinerarios por diferentes territorios como de movilidad laboral con las ventajas de la acumulación de más credenciales: *"yo no sería un inmigrante, yo sería alguien que ha hecho movilidad laboral y por esta razón yo no perdí mi estatus. De hecho mi estatus social mejoró. Además yo no estoy atrapado aquí, hablo inglés, soy familiar de comunitario y me darán la nacionalidad en poco tiempo, me quedará un título europeo y me puedo mover aún más de lo que lo podía hacer desde mi país"* (Uru-H, 00). Y de forma similar a las/os que se perciben como estudiantes: *"cuando le conté a [esposo médico] que venías me dijo: 'Pero nosotros no le vamos a servir porque no somos inmigrantes, nosotros somos estudiantes de intercambio, nosotros venimos a estudiar y nos vamos'. Y yo siento eso, que soy una estudiante"* (Par-M, 00).

No obstante, estas representaciones no son utilizadas cuando la razón de la salida del país de origen es un desplazamiento forzado: *"soy asilado, y yo he perdido más que ganado. Lo he perdido todo, mi gente, mi familia, mi profesión, lo que puedo dar a mi país"* (Per-H, 80). Característica que hace la diferencia entre las percepciones sobre la propia experiencia y la situación de la inmigración no cualificada: *"uno asocia mucho, por lo menos en nuestro país, que el inmigrante, o sea, el que se va, es porque no tiene otra opción. Pero por ejemplo, a mi amiga que está haciendo la residencia en Boston tampoco la veo como una inmigrante"* (Par-M, 00), *"la palabra en sí la hemos satanizado, suena feo, y no debería ser así en un mundo tan globalizado"* (Mex-M, 00),

Creo que es diferente el inmigrante por elección que el inmigrante por la fuerza, completamente diferente. Siempre tienes la posibilidad de volver... aunque a medida que pasa el tiempo las puertas se van cerrando más, pero tú siempre tienes la sensación de que me vine porque quise y puedo volverme cuando quiera. Y el inmigrante por circunstancias económicas no tiene eso, vive más melancólico, vive más triste, vive mucho más rodeándose de su entorno, le cuesta adaptarse más, intentan protegerse recreando aquí el microclima que tenían allí (Arg-H, 00).

En el contexto de la cotidianidad vivida entre dos o más territorios, se entretejen sentidos de pertenencia situados y en términos comparativos, que oscilan entre el sentirse ‘entremedias’, ‘ni de aquí, ni de allá’, de ‘aquí’, o de ‘allá’. Por una parte, el pertenecer a varios territorios y vivir entremedias es altamente valorado: *“como ya lo asumí, me siento cómoda en los dos sitios, tanto en Chile como aquí. Aquí tengo mi trabajo y allá están mis proyectos, y me siento bien en los dos sitios”* (Chi-M, 10), *“tengo las dos visiones, el sentimiento español por un lado y el venezolano por otro y eso me da ventajas sobre las demás personas”* (Ven-H, 90). Si bien se reconocen los costos emocionales de la experiencia, de vértigo: *“es como un carnaval: necesitas la alegría de ir allá para volverte a reencontrar aquí y viceversa. Y eso va muy con las ganas de vivir, de sentir experiencias y aventuras nuevas, y eso me gusta”* (Col-H, 90), de soledad: *“nunca te quedas estable en ningún sitio, siempre estás cambiando y siempre tienes otras cosas que hacer. Pero el precio a pagar es muy grande... el prácticamente estar sola”* (Gua-M, 00), de división interna: *“mi hermano decidió volver a Chile porque sintió que no era este su lugar, y sigue allí y está muy contento. Mis padres y yo sí nos sentimos divididos, aunque yo esté muy a gusto aquí pero yo también siento la división interna y yo no me considero una española cien por cien... no puedo”* (Chi-M, 10), y de sensación de estar siempre incompleta-o:

Es algo que tienes que asumir que va a hacer así, que vas a vivir separado y que nunca vas a estar completo, es algo que tienes que asumir. Yo digo que en el momento en que sales de tu país para vivir en otro sitio ese es el coste que tiene. Nunca vas a estar completo porque siempre te va a faltar alguien... por lo que sea. Si estoy allá voy a tener a mi familia, pero no van a estar mis amigos que son mi segunda familia, ¿sabes?, que son gente muy importante para mí también. Y al revés, si estoy aquí me faltan mis padres, mi hermano... que son mi núcleo, mi base (Par-M, 00).

De otra parte, emergen sentimientos de no pertenecer a ninguno de los lugares: *“cuando emigras pasas a ser parte del océano [irisas], porque nunca perteneces a ninguno de los dos sitios, entonces no eres ni de aquí ni de allá”* (Arg-H, 00). El apreciar que no se es de ningún lugar, trae consigo el perder las raíces: *“pierdes identidad al irte de un lugar, pierdes tus raíces porque aquí no las tienes y allá ya las has perdido”* (Col-H, 90), así como olvidar la propia historia y el rumbo por recorrer: *“olvidas quién eres, olvidas tu historia, y al saltar de una cultura a otra pierdes, intentas tanto adaptarte a la sociedad para que no te rechacen que puedes perder tu carácter, tu fuerza y entonces empiezas a decir: ‘No sé quién soy, de donde vengo, y hacia dónde voy tampoco sé’”* (Cub-H, 90). Asimismo, si el tiempo de permanencia en el nuevo lugar es muy corto moldea sensaciones de desarraigo: *“allí desarmamos nuestra casa, vendimos todo... yo no quería, fue muy difícil, y ahora no tenemos nada, ni aquí ni allá”* (Par-M, 00), y por el contrario, cuando ha transcurrido bastante tiempo, la impresión es de deslegitimación del ejercicio de la ciudadanía transnacional en ambos lugares: *“a veces*

*siento que en el fondo no tienes los mismos derechos. Puedo tener la nacionalidad española pero si yo critico a los españoles siempre seré visto como un extranjero, aunque me esté criticando a mí mismo dentro de España. Que lo mismo me pasa en Colombia al criticar a los colombianos, me dicen: '¿Usted con qué derecho dice algo si usted vive allá?'" (Col-H, 90). Si bien, como en todos los vínculos de pertenencia, corresponde a un proceso en el tiempo que transita por diferentes etapas:*

Uno tiene fases cuando llega. El primer año todo es nuevo, lindo, Europa, el metro, los edificios, el acento de los españoles. El siguiente año vinieron mis papás entonces estaba todo alrededor de llevarlos a pasear. El tercer año, me enfermé en el verano y me sentí tan vulnerable y tan sola... fue horrible y me quería devolver para Colombia. Hasta el año pasado estaba así, que me devolvía, pero no sé, empecé a sentir como que éste ahora era mi país y en julio del año pasado fui a Colombia, y yo sé que amo mi país y que volvería sin ningún problema, pero me di cuenta que aquí tengo mi casa, cuando voy a Colombia es a la casa de mis papás que sigue siendo mi casa, pero mi alcoba ya está ocupada por otras cosas. Entonces, ya no eres ni de aquí ni de allá, que cuando uno va allá ya no es de allá y cuando vuelve aquí pues le hace falta lo de allá. Yo oía todo el tiempo la radio de allá y ahora no, pongo las cosas de acá, porque si no tienes el corazón dividido todo el tiempo (Col-M, 90).

Los sentidos de pertenencia también pueden inclinarse hacia el 'allá' o el 'aquí'. Con respecto a España, las emociones oscilan entre no sentirse de aquí: *"no me hacen sentir mal porque no soy de aquí, pero sí me siento que no soy de acá, me siento distinta"* (Ven-M, 00), *"sabes que llegas a un medio hostil y claro, es cómo te desenvuelves en ese medio. A veces pienso que todos están en mi contra. No lo sé, ya queda terminar la residencia y volver"* (Bol-H, 00). O por el contrario, sentirse más de aquí que de allá: *"no soy un cubano de estos que está mitad y mitad, yo de hecho he viajado más fuera de lo que he ido a Cuba, porque es volver a ver una situación de la cual yo luché para salir"* (Cub-H, 90), *"cada vez que voy a visitar a mis hermanos a los países donde viven, les digo que voy para mi casa, porque está ya es mi casa"* (Ven-M, 00). Sensaciones que son situadas, como cuando solo se cuenta con el permiso de estudiante del MIR: *"nada es mío, todo es prestado, es que yo no soy de aquí"* (Col-H, 00), en contraste cuando se tiene la familia, la nacionalidad y la especialidad: *"no echo de menos Brasil, para nada. Ahora estoy disfrutando de una fase muy buena en mi vida"* (Bra-H, 80). Asimismo, esta pertenencia al aquí puede reforzarse por la evidencia de distanciamiento en algunas relaciones con el lugar de origen: *"no me sentí en casa, porque me he desvinculado mucho de los lugares, no de mi familia, pero sí una o dos amistades que vi y totalmente roto el vínculo para mí"* (Mex-M, 00), *"cuando llegas al principio te sientes que estás en tu casa pero no, vivo ya aquí, y allá me siento como turista"* (Ven-H, 00), o estar condicionada a la posibilidad del ejercicio de la medicina: *"voy solo de vacaciones porque para mí mi vida está aquí. Aunque yo vivo como vivía en Cuba, en una casa baja, con mucha*

*luz, un patio y vivo en familia con mis padres, mi marido, los niños, tal como lo hacía allí. Pero claro, si el trabajo se pone peor, pues tendré que cambiar de sitio otra vez” (Cub-M, 90). De la misma forma, se reconoce que el sentirse parte de otro territorio depende del proceso de negociación y conciliación con el nuevo espacio: “nunca me he sentido diferente, ni desplazada, ni nada, ni me lo han hecho sentir. En ninguna parte en donde he estado, yo me he intentado adaptar y meterme en el sitio y ya está” (Ven-M, 00), “yo trato de ser como soy, nunca me olvido de dónde vengo y trato de coger las costumbres y de adaptarme lo más rápido porque te hace la vida más fácil. Y yo sé que tengo que ceder en algunas cosas...” (Per-M, 00).*

En cuanto a Latinoamérica, los sentidos de pertenencia al ‘allá’ se magnifican cuando se habita fuera de esta región: *“cuando no estoy en Bolivia se reafirma mi identidad boliviana, no la disminuye para nada... yo me siento más boliviano estando aquí que cuando estoy en mi país” (Bol-H, 10), “si en un año hay alguien que dice que tiene algo de la tierra donde está viviendo que no es su casa es un camaleón, porque es muy poco tiempo. Yo a donde vaya soy argentino” (Arg-H, 00), “mi hermano cuando estuvo aquí hablaba con el acento de aquí. Yo me resisto a que se me pegue” (Per-H, 00). En este sentido, los vínculos establecidos con el país de origen se robustecen con la distancia: “con el simple hecho de platicar con las personas, esa humildad, esa sencillez, esa forma de ver la vida distinta... me fortalece bastante y ya puedo soportar todo lo que me digan aquí” (Gua-M, 00). De otra parte, el sentimiento en torno a la tierra natal emerge como alternativa ante la imposibilidad de un proyecto a largo plazo en el extranjero: “uno viene y quieres ser parte del primer mundo y te empiezas a amoldar muy rápido a todo. Y luego ya te das cuenta que no eres de aquí, que nunca te van a tratar como un igual por más bien que te traten, ni porque tengas la doble nacionalidad. Luego te vas allí y dices: ‘Aquí sí soy yo, este sí es mi medio’. Entonces aquí nos sentimos muy extranjeros, y ahí decidimos que nos íbamos a devolver” (Par-M, 00).*

Ahora bien, la subjetividad cosmopolita, transnacional y multiterritorial está moldeada por el entramado de ganancias y pérdidas que se han ido acumulando a lo largo de los itinerarios en la medicina. Si bien han experimentado en España un proceso de pérdida de estatus profesional tanto social como económico, este país europeo, por una parte, les ha permitido vivir en un entorno más seguro: *“andar con el móvil, caminar a cualquier hora. Aunque claro, eso aquí también ya está cada día más difícil porque ya ves robos” (Col-M, 00), con mayor calidad de vida: “lo que más valoro es la pseudoestabilidad laboral que hay, porque ya empieza a haber cada vez más inestabilidad. Y la calidad de vida, tú aquí ves la gente cómo prioriza su bienestar síquico, su disfrute y eso es invaluable” (Arg-H, 00), y con mejor infraestructura: “lo que más voy a extrañar es el metro, los buses, el RENFE que me encanta, Internet que es rápido. Y también la limpieza de las*



*calles que es cuestión de dinero, porque aquí tiran muchas cosas en la calle igual que en mi país, solo que allá no hay quien la limpie*" (Bol-H, 00). De otra parte, en el plano personal han establecido relaciones afectivas: *"lo que más extraño es a la gente que está conmigo, mi novia, a mi amigo"* (Col-H, 00), y las-os hijas-os habitan con mayor frecuencia y facilidad los espacios públicos: *"los niños los llevan a todos los sitios, tú ves la gente tomando cañas y están con los niños, ves los niños en los museos, ves sitios para salir con los niños"* (Col-M, 00). Asimismo, el carácter cosmopolita se ha visto reforzado por el estatus legal que permite el acceso a viajar a otros países frente a la dificultad de hacerlo en Latinoamérica: *"es muy diferente viajar desde Perú, que desde aquí. Aquí me dieron la visa a Estados Unidos en 30 horas y en Perú me hubiera tardado meses y habría sido costoso"* (Per-H, 00), *"ya tengo el pasaje para ir a Roma, es uno de mis sueños y también ir a Francia y estando aquí lo puedo hacer"* (Bol-H, 00), *"la facilidad para viajar, que no se da entre nuestros países porque no es nada barato... de mi país a Colombia es carísimo, prácticamente como un viaje para acá"* (Nic-M, 00).

Estas ganancias recobran mayor relevancia cuando se ponen en relación con aspectos que disgustan profundamente de la vida cotidiana en Latinoamérica. Por una parte, la alta carga de trabajo del mercado médico: *"no es vida que este mes tienes que producir mil euros y el siguiente tienes que producir mil quinientos, y tienes que producir y producir"* (Bra-H, 80), *"hay una inestabilidad económica que tengo que aprovechar hoy para trabajar al máximo porque no sé qué va a pasar mañana. Y eso te genera un estrés basal muy grande y tú ves a la gente que va sobre enloquecida, que no valoran las pequeñas cosas"* (Arg-H, 00). Si bien en los mercados desregularizados de España se empieza a percibir la misma sensación: *"cuando estoy allá me preocupa perder mi trabajo de aquí, porque yo estoy como autónomo y me pueden decir que no me necesitan más"* (Per-H, 00). De otra parte, se considera que las grandes capitales de América Latina son territorios hostiles que limitan la calidad de vida: *"tengo unas percepciones un poco encontradas. Por un lado está mi parte afectiva que es la gente cariñosa, agradable, interesante de trato, las montañas, la tierra, el clima, la familia. Y por otro lado siento una ciudad grande, caótica, aislada porque me condiciona a estar cuando llego allá a un micromundo que es el de mi barrio"* (Col-H, 90), *"ir a Buenos Aires y soportar el tráfico, los buses que no respetan un semáforo, y la gente que va rápido y la gente que te está robando en el bus, en la calle"*, (Arg-H, 10), *"cuando vienes te das cuenta de que casi todo funciona mal y piensas cómo la gente se puede acostumbrar a vivir así. Claro ya te agobias en otro sentido, de la inseguridad, el tráfico, la pobreza, y para ellos es todo muy normal, como lo era para mí antes. Ahora cada vez más voy a ver a mi familia, pero si ellos no estuvieran en Caracas, no sé si realmente iría"* (Ven-M, 00). Sin embargo, se reconoce también que las capitales de provincia son espacios confortables para la habitabilidad: *"me ciudad me gusta mucho, tengo mi familia, mis amigos y mi novia"* (Bol-H, 10), *"Cuba*

*tiene muchas cosas buenas, la salud, la educación, y no hay inseguridad como aquí*" (Cub-M, 80). Asimismo, para estas/os profesionales la crisis económica vivida en Latinoamérica por la implementación de las políticas neoliberales, es de mayor magnitud y de efectos sociales más complejos que la de España: *"me parece que es falta de aprender de los errores de los demás, porque esto es lo que vivió Latinoamérica y ha seguido viviendo en los últimos 20 años, y ellos pensaron que nunca lo iban a sentir"* (Col-H, 00).

Las relaciones de género son otra dimensión en la que las/os médicas/os latinoamericanas/os han experimentado ganancias y pérdidas. En general, se reconoce que aunque en España también existen prácticas machistas se dan en menor grado que en Latinoamérica: *"en Perú son mucho más machistas que aquí, sí"* (Per-M, 00), *"en general el machismo allí es mayor que el que se puede percibir aquí"* (Chi-M, 10), *"yo soy machista en relación a la gente de aquí"* (Mex-M, 00). En el caso de los hombres, por una parte, para algunos la experiencia en España ha permitido el adquirir mayor seguridad: *"me ha dado seguridad también en mí mismo, muchísima que no la tenía, era muy inseguro, para aprender a mandar gente, a crearme yo que era capaz de hacer las cosas"* (Col-H, 90), así como hacerse cargo de las actividades domésticas: *"aprendí a cocinar, a poner la lavadora, y a tener todo más limpio, ¡si mi mamá me viera!"* (Ven-H, 00). Y de otra, les ha enfrentado a choques culturales al relacionarse con las mujeres españolas: *"aquí se ha formado eso que la mujer es la que domina, eso no. Yo vengo de una cultura donde la mujer, no es que sea sumisa, sino que es más cariñosa y dice lo mismo que la de aquí pero sin gritar"* (Cub-H, 90), *"en el País Vasco es diferente, si tú te diriges a alguna puede tomarlo mal, puede pensar que le estás entrando, que estás tratando de ligar con ellas"* (Per-H, 00).

Sin embargo, son las mujeres las que más han sentido rupturas con respecto a Latinoamérica. En este sentido, en España las médicas se sienten más seguras habitando la calle sin compañía: *"allá la autonomía es limitada, sola no puedes andar con independencia en ciertas zonas"* (Gua-M, 00), *"esa libertad de salir, de ir al bar de la esquina, poder volver en la madrugada, sola caminando a mi casa, o inclusive borracha, da igual, no pasa nada"* (Col-M, 90), *"en México la calle es muy agresiva, te gritan cosas y te están mirando todo, aquí no he sentido miedo los hombres no se meten contigo"* (Mex-M, 00), *"odio cuando ando en short o en falda y comienzan a silbarte y decirte cosas, y esto en España no me lo hacen, me pongo lo que quiero y no me hacen nada"* (Nic-M, 00). Asimismo, se han liberado del cumplimiento de los cánones de apariencia física mucho más exigentes en Latinoamérica: *"aquí he engordado, pero allá me cuidaba muchísimo, también como te exigen mucho de estar delgada, de cuidarte mucho, siempre andaba muy arreglada, maquillada, iba a la peluquería un par de veces a la semana, no como aquí toda descuidada"* (Rdo-M, 00), *"aquí como mujer no importa cómo te vistes, ni como eres, aquí sales como te da la gana... eso me encanta"* (Ven-M, 00). De la

misma forma, la presión social en España es menor para las mujeres que deciden estar solas: *“aquí no hay las connotaciones sociales de qué hace una mujer sola, aquí cero, podías viajar con tus amigas y no pasaba nada”* (Col-M, 90), *“tú llegas a Colombia y tienes la presión de todo el mundo para que te cases con el primero que pase”* (Col-M, 90), *“allá esperan mucho, que seas buena hija, buena esposa, y te lo hacen ver muy abiertamente. Y si fracasas es muchísimo más doloroso que aquí”* (Mex-M, 00).

Por otra parte, la experiencia de vivir en el extranjero sin el apoyo familiar ni de amigas-os, ha hecho que estas mujeres hayan ganado en autonomía, independencia y poderío: *“estoy viviendo sola, eso también enriquece, saber que la vida no es tan fácil, que es dura, pero que puedes con ella”* (Per-M, 00), *“he crecido mucho y he tenido la oportunidad de conocerme a mí misma un poquito más”* (Ven-M, 00), *“he aprendido a defender mis pensamientos y a decirlo directamente. Sí, aprendí a tener confianza... yo era muy insegura, tal vez mi autoestima no estaba en su sitio, pero bueno, el conocer tantas cosas me ha ayudado mucho”* (Gua-M, 00), *“he fortalecido mi forma de ser, mi carácter, salir de mi burbuja porque a punta de golpes he ido aprendiendo cómo enfrentarme a la vida. Tal vez si siguiera en mi país, seguiría bajo el manto de mis papás y seguiría igual, así de frágil como persona”* (Nic-M, 00). Independencia, que claro está, conlleva el aprendizaje de la realización de actividades domésticas: *“aprendí a cocinar, ¡ya no soy tan inútil! Pero me da mucha pereza cocinar y más si es para uno mismo”* (Nic-M, 00), *“ahí llegó mi fase de: ‘No tengo ni idea de usar una lavadora’. Y aprendí a hacer de todo, hasta cocinar y al final me gusta, ahora cocino bien”* (Col-M, 90), *“siempre hemos tenido a mamá en casa que nos lava, nos limpia, nos cocina, nos hace todo y ahora es todo tú, entonces bueno, todavía estoy aprendiendo”* (Ven-M, 00).

A la par de la pérdida del estatus social y económico que ostentarían en Latinoamérica si estuvieran ejerciendo la medicina en esta región, las-os médicas-os enfrentan la ausencia de la cotidianidad cuando no conviven con sus familias y amigas-os en España: *“lo que más extraño no son cosas de Bogotá en sí, es mi casa, mi familia, mis amigos, mi perro”* (Col-M, 10), *“no extraño a Cuba, es que ahí está la casa de mi mamá”* (Cub-H, 90), *“cuando mi mamá está acá no he tenido que volver a Colombia, porque el país para mí es la mamá... no más”* (Col-H, 90), *“a mí me hace mucha falta mi familia, y los olores, los árboles y el clima de mi casa”* (Per-M, 00), *“no me gusta que mis hijos crezcan sin familia porque yo tengo una relación buenísima con mis papás y mi hermano, y aquí no tienen a su tío ni a sus abuelos”* (Col-M, 00). Esta falta de contacto cotidiano se manifiesta en la pérdida de momentos importantes de la familia y las-os amigas-os: *“tú no puedes compartir una cerveza con un amigo, ni comer con la familia el domingo. Tratas de no pensar, y creo que te vas acostumbrando”* (Bra-H, 80), *“es un precio muy grande porque todo el mundo está disfrutando una navidad, un año nuevo con*

*su familia, con sus amigos y yo estoy sin ellos” (Gue-M, 00), “me perdí los últimos seis cumpleaños de mi vieja, los cumpleaños de mis hermanas, el casamiento de algún amigo, los hijos de mis amigos. Perdí el barrio, perdí la casa, perdí los olores, los asados...” (Arg-H, 10).*

En este sentido, la ausencia de la familia y amigas-os es sustituida en la distancia por los cuidados transnacionales, los cuales están moldeados por la disponibilidad de capitales económicos familiares y propios, así como por la movilidad que da el estatus legal en España. En este tipo de cuidados se utilizan varias estrategias, como la frecuencia de los viajes en doble vía: *“a veces viajo hasta dos veces al año porque tengo las facilidades” (Per-H, 00), “mi hermana me ha venido a ver todos los años en fechas como la navidad, mi cumpleaños, y yo también voy todos los años” (Nic-M, 00), “siempre vamos y ellos vienen. Yo estuve en el matrimonio de mi hermano, ahora ellos vienen para cuando nazca mi bebé. Y las vacaciones las pasamos unas veces aquí y otras allá” (Col-M, 00), “mi papá ahora se va a jubilar y a ellos les gusta viajar, entonces yo creo que vendrán por estancias cortas, dos meses o así” (Col-M, 90), “como estamos dispersos en Venezuela, México, Estados Unidos y aquí, hemos tratado de manejar la distancia lo mejor posible” (Ven-M, 00).* Si bien, por una parte, se dan casos en los que por falta de recursos económicos los viajes no son posibles: *“yo he ido, pero ellos no han podido venir porque es muy difícil por la parte económica y por los trámites de la visa” (Col-H, 00), y de otra, la decisión de no hacerlos: “no he ido desde que estoy aquí desde hace seis años y ellos no han venido, como tienen su trabajo es muy difícil para ellos y para mí, es que no he querido, no es que no haya podido, no he querido” (Ecu-H, 00).* Igualmente, las nuevas tecnologías de comunicación han sido un elemento importante en la forma de cuidado transnacional: *“mandé hacer el vestido de novia y me lo hicieron allá con medidas que me tomaron por Skype” (Col-M, 00), “lo del video es una de las mejores ideas que se han inventado, porque lo notas con mis hijos... no es lo mismo, pero ayuda muchísimo con los abuelos” (Ecu-H, 00), “tenemos nuestro grupo de familia en Whatsapp y nos hablamos todo el tiempo” (Ven-M, 00), “sin estas tecnologías yo no me imagino mi vida aquí sin mi esposa y mis hijas, es lo que me hace sobrellevarlo, si no es prácticamente imposible” (Bol-H, 00), “antes yo iba al locutorio y compraba tarjetas y llamaba. Y luego terminaba llamando del celular mi papá y unas cuentas todos los meses de teléfono terribles. Pero sí ha marcado un antes y un después el Internet, que es más barato y con video” (Col-M, 00).*

Otra estrategia de los cuidados es el apoyo económico, donde la disponibilidad o no de dinero configura el grado y el sentido del mismo. En el caso que la familia y las-os médicas-os tengan solvencia económica, este aspecto no es una prioridad: *“si tu familia está muy bien económicamente allí, te cambia las prioridades porque no hay estrés en cuanto a preocupaciones en ninguno de los dos lados, y cuanto menos estrés tengas en*

la vida más capacidad de disfrute tienes” (Arg-H, 00), “ellos económicamente están bien, pero sí me preocupa la situación de seguridad el país y que no les pase nada, que no los vayan a robar o cosas así, eso sí que me preocupa mucho” (Ven-H, 00). Aunque en este escenario puede haber alternancia dependiendo de la situación: “hemos tenido épocas, porque a lo mejor mis papás con la empresa a veces están ilíquidos y yo los he ayudado y ahora ellos me están ayudando” (Col-M, 00). De otra parte, el apoyo económico es un factor de cuidado cuando las-os médicas-os no generan los ingresos suficientes: “yo les envío dinero, para que nos paguen las cuentas que tenemos allí, pero de hecho a veces les envío menos y ellos nos ayudan con lo que falte” (Par-M,00), “si en algún momento estoy muy mal, hay cosas que no me tocaría hacer porque tengo una situación muy buena en mi casa, y preferiría irme a mi casa” (Col-M, 00), o por el contrario, cuando las-os progenitores o familias propias necesitan el soporte económico de forma permanente: “un gran porcentaje de lo que gano lo envié a mi país, que es la forma en que se sostiene mi familia” (Bol-H, 00), “ellos siempre han sido mi preocupación y de cierta manera estoy a cargo de ellos. Ahora les compré una casa nueva, y estoy a cargo de la educación de mi única sobrina” (Col-H, 90).

De igual manera, una de las mayores preocupaciones es el cuidado de las-os progenitores en caso de enfermedad: “afortunadamente todavía no he perdido a nadie de mi familia porque eso sería fatal para mí” (Par-H, 00), “aquí tengo a mis hijos que es lo que yo más quiero, pero ahora me siento mal porque estoy en una etapa donde a mis papás ya los siento más mayores y yo ya empiezo a ver riesgos de que se pueden morir, se pueden enfermar y yo no estoy allá. Me da siempre como angustia que les pase algo y no alcanzar a llegar” (Col-M, 00). No obstante, la posibilidad de iniciar procesos de reagrupación familiar con las-os progenitores no es factible debido al estilo de vida y a las redes que poseen en Latinoamérica: “ellos tienen un estatus económico en Colombia que es bueno y aquí no sería tan bueno. Además, ellos tienen sus amigos, mis papás viven muy cómodos, salen, entran, manejan muy bien la ciudad, tienen su empresa. ¿Vivir aquí? Jamás” (Col-M, 00), “no, no, no quieren venir, ellos no, son muy brasileños” (Bra-H, 00), “ellos tienen su vida allá y son felices y yo tengo mi vida acá y soy feliz” (Ecu-H, 00). Si bien la reagrupación está en marcha en los casos de madres sin pareja ni más hijas-os: “está allá, pero estará al lado mío muy pronto, es solamente un poco de pasta y tiempo” (Cub-H, 90), “ella por ahora tiene más dinero que yo, entonces me voy a hacer entre comillas cargo yo de ella, la idea es que se venga a vivir conmigo” (Col-M, 90).

Estrategias similares son puestas en marcha para el cuidado transnacional de la red de amigas-os. En el caso que estén concentradas-os en el país de origen, los viajes forman parte de las prácticas para mantener el vínculo de la amistad: “principalmente voy por mi familia, y por mis amigos de colegio y de universidad” (Chi-M, 10). Si bien en algunas circunstancias la

relación no cambia con el tiempo: *“siempre estamos en el Facebook y parece algo lejana, pero cuando estás allí es la típica amistad que no pasa el tiempo”* (Chi-M, 10), en otras, por el contrario, sí lo hace debido quizás al alargamiento de la juventud en España, entre otros factores: *“cuando vuelvo me doy cuenta que ellos están en otras cosas, o tienen hijos o están trabajando. Yo todavía estoy educándome para trabajar. Es como si el tiempo allí sigue y yo me hubiera detenido y al volver no es lo mismo. Y aquí soy más joven que allá”* (Col-H, 00), *“tenemos vidas radicalmente opuestas, aunque estamos en un momento muy parecido, yo he tenido mis hijos y ellas también, pero ellas son unas señoras, y aquí no soy una señora”* (Par-M, 00). Sin embargo, cuando están dispersos por varios países la frecuencia de las visitas disminuye y el uso de la tecnología se intensifica: *“sigo en contacto con mis amigos de colegio y universidad, lo que pasa es que han dispersado mucho, entonces nos hablamos por Whatsapp o por Skype, y por email”* (Ven-H, 00), *“conservo muy buenas amistades, y nos comunicamos algunas veces por teléfono, alguna vez han venido acá y nos la hemos pasado pipa, bien. Hoy en día los amigos que tienes son de distintos sitios, porque tienes amigos suramericanos, españoles, en todo lado”* (Per-H, 80).

Al ser tan relevante la red de amigas-os que se ha tejido en el barrio y durante la educación media y universitaria, en España se reconoce que este tipo de relaciones es más complicado de establecer: *“mi amiga de residencia es de Eslovenia [risas] que pensé que iba a ser la más seria y resultó la más familiar”* (Col-H, 00), *“si me hubiese venido de más pequeño quizás sí, pero no quiero arrancar de cero, ya mi grupo de buenos amigos están contados con los dedos de las manos”* (Arg-H, 10), *“allá mis amigos eran como mi familia, pero claro están allá. Al final como que no tienes amigos, aunque con los de aquí así no nos veamos todo el tiempo yo sí creo que hay algo de amistad”* (Ven-H, 00). En este sentido, las-os amigas-os suelen ser del entorno laboral: *“siempre estoy con los del hospital en el trabajo, en reuniones, cenas. Pero claro, nunca al nivel de la vida social de los españoles [risas], a ese ritmo no”* (Bol-H, 10), *“la mayoría son compañeros de trabajo. Aquí como comprenderás, no hay amigos de niñez, amigos de barrio tampoco suelo tener. Por el momento los mejores amigos son los del trabajo”* (Per-H, 80), *“me relaciono mucho con la gente del hospital pero nunca salimos a hacer vida social”* (Ecu-H, 00). De la misma forma, en España también se decide si las-os amigas-os son de Latinoamérica: *“el vasco es muy cerrado, aquí va por cuadrillas y son cuadrillas desde niños y adolescentes, y su grupo es muy cerrado. Entonces yo para que pueda entrar a una cuadrilla... no, así que mejor formo mi cuadrilla de latinos [risas]”* (Per-H, 00), *“la mayor parte de mis amigos son latinos, amigos españoles no tengo. No logras generar el mismo tipo de vínculo, quizás en el fondo es que tú no quieres, pero yo sí te puedo decir claramente que me siento más cómodo y mucho más a gusto con la gente de Latinoamérica que con la gente de aquí”* (Arg-H, 00). O por el contrario, decantarse por otros círculos: *“siempre he sido de muy pocos amigos, aquí tengo dos o tres amigos*

*en el trabajo. No tengo amigos cubanos aquí, conozco cubanos, pero yo no quiero pretender vivir como vivía en Cuba y ellos sí” (Cub-H, 90), “allá tengo pocos, soy mala conservando amistades. Y amigos aquí, los amigos y la familia de [esposo español] y hasta ahora no he hecho mis propias amistades” (Mex-M, 00).*

## **Reconocimiento de la herencia y herida de la colonialidad**

Compartir un presente en España en torno al objetivo de la formación y ejercicio de la medicina especializada como parte de sus itinerarios en la profesión, implica para las-os médicas-os latinoamericanas-os experimentar el choque del reconocimiento de la colonialidad que vincula históricamente a estas dos regiones. En este sentido, la herencia colonial les permite adaptarse más fácilmente a una cultura que no les es nueva: *“a mí me gustó porque éramos muy nosotros, la cultura muy parecida a la nuestra, más desorganizada que en Londres, mucho más fiesteros, me gusta porque salgo a la calle y hay comercios. Es que en Londres me sentía súper extranjera y aquí no. Ah, y nosotros decimos: ‘Ay, se le salió la malicia indígena’. Pues yo ya me dí cuenta que es la malicia española [risas]” (Col-M, 00).* Pero que a la vez, contrasta con la diversidad cultural de América Latina: *“nos enfrentamos a un mundo distinto porque nuestros países son distintos, por más de que tengamos el mismo idioma y casi las mismas costumbres al final somos distintos, tanto que hay un choque cultural” (Per-H, 80), “somos más parecidos a lo mejor que con un alemán, pero muy distintos, o sea, yo siento mucha más afinidad con cualquier otro sudamericano que con un español” (Par-M, 00).*

De los aspectos de la sociedad española con la que las-os médicas-os latinoamericanas-os expresan más afinidad son las costumbres en cuanto a los espacios de sociabilidad: *“aunque nosotros somos más alegres y abiertos que ellos, aquí me gusta mucho la parte social, son muy de encontrarse, de salir a comer, de tomarse dos o tres cañas en la mitad de la semana y no más, no es la súper fiesta pero se integran. Nosotros trabajamos mucho entre semana y el fin de semana es la juerga, que te caes de todo lo que te has tomado” (Col-H, 00).* Si bien esta característica está matizada por la edad y la red de relaciones de amistad que se haya establecido en este país: *“aquí la gente no se relaciona con nadie, yo llevo casi un año ahí y no conozco a nadie, la que más se aproxima es uno a las personas y te das cuenta que las personas siempre ponen una separación” (Cub-M, 80).* Asimismo, son apreciados atributos como la comunicación más directa: *“aquí te dicen las cosas como las piensan y tú no tienes que inventar excusas por si llegas tarde o no quieres ir a un sitio” (Gua-M, 00),* aunque el tono de voz puede resultar violento: *“para mí es muy horrible oír a la gente gritar y veo que es una forma de comunicarse que no es la mía. Entonces pueden gritarse y decirse veinte*

*improperios pero no se van a los puños como nosotros, que es lo mejor” (Col-H, 90). También son valorados la riqueza de la cultura material de España: “cada pueblito, cada ciudad, cada comunidad tiene cosas típicas muy lindas, las costumbres, las comidas, como se visten. Pero hasta ahora a mí no se me ha pegado ni un ‘vale’” (Cub-M, 80), así como la facilidad para la práctica de la religión católica: “la vida religiosa, sí, trato de participar en celebraciones y hay gente joven. En Francia predominaba la gente viejita en las misas y no había mucha gente joven, había que buscarla y acá hay gente joven en cualquier hora que vayas” (Arg-M, 10). Con respecto al acento español, para alguna-os se va adquiriendo inevitablemente con el tiempo: “yo me siento hablando normal y cuando voy a Bogotá me dicen: ‘Pero qué española, no hable así y yo no me doy cuenta’ (Col-M, 00), “la gente cuando evidentemente reconoce un poco el acento, me han dicho si soy andaluz, si soy canario” (Cub-H, 90). O por el contrario, para otras-os su uso representa un signo de sumisión: “a veces copian todo lo de aquí, y pienso que por qué están tan alienados, que por qué no son como somos” (Bol-H, 00),*

Es que no entiendo cómo pueden cambiar el acento, cuando lo veo es que me duele el alma y la dignidad como país. Es que un argentino nunca va a cambiar su acento, un español tampoco, pero hay una cantidad de colombianos que se vienen para acá y al año ya están hablando con acento de acá y eso no puede ser. Yo quiero a mi país y mi acento es parte de mi identidad y me niego totalmente a hablar de una forma diferente (Col-H, 00).

Las dinámicas del encuentro con ‘lo español’ están matizadas por la comunidad autónoma en la cual se practique la medicina, debido a que ésta configura de forma diferente la experiencia de estar en España. Por una parte, Madrid es percibida como una ciudad incluyente: *“en Madrid la gente te hace sentir bienvenido, no es como en Barcelona que estuve en el San Pau y todos los días me recordaban que no era catalana. Tú llegas a Madrid y te sientes de aquí, puedes salir sola a tomar un café y siempre hablas con el que te puso el café o con el que está a tu lado” (Col-M, 10). Por el contrario, en Cataluña las impresiones están mediadas por la barrera lingüística del catalán, tanto para la educación de las-os hijas-os: “aquí ha sido difícil no para mí sino para mi hija porque en el cole es catalán todo el tiempo” (Par-H, 00), “solo estuvimos un año porque ¿para qué educar a un niño con la inmersión lingüística que hay, si el catalán solo sirve en Cataluña?” (Uru-M, 90), así como para el ejercicio de la medicina: “sé lo básico porque a los pacientes les gusta que uno les hable en catalán, pero no siento que no hablarlo implique una barrera con ellos, y eso que es provincia y son más cerrados” (Col-M, 90), “tengo una amiga que su jefe nunca le habla en castellano, y ella aprendió catalán porque está haciendo la especialidad que quiere y no se va a retirar después de todo lo que le costó entrar o pelearse con todo el mundo porque la odian por no hablar el idioma” (Ven-H, 00). Otro aspecto que influye en el grado de empatía hacia Cataluña es la situación*



política con España: *“al vivir con ellos he entendido su forma de pensar y el nacionalismo. A lo mejor una persona que no vive aquí o no lo entiende o lo critica, y yo ya sé explicar el por qué piensan como piensan”* (Ven-H, 00). Con respecto al País Vasco, las relaciones con la sociedad vasca están moldeadas por el bajo número de médicas-os latinoamericanas-os: *“somos muy pocos latinos, y eso es una ventaja porque no somos una amenaza, somos exóticos y los pacientes valoran nuestra calidez frente a la seriedad del vasco”* (Per-H, 00), *“creo que hay pocos con respecto a los médicos de aquí. En Madrid hay muchos, aquí hay mucho menos con respecto a Madrid o a Barcelona”* (Cub-H, 80). Aunque en esta comunidad también se debe hacer frente a la barrera lingüística, en este caso del euskera: *“para competir aquí tengo que sacar el doctorado y probablemente aprender euskera”* (Col-H, 90), y a la relación también particular con España: *“toda la porquería que escuchas del resto de España, aquí no pasa tanto por la buena gestión de las autoridades”* (Per-H, 00), *“sí tienen marcado como que quieren ser algo diferente, pero no todo el tiempo están hablando de independizarse de España como lo percibo en Cataluña”* (Col-H, 90). Por último, la cercanía cultural más palpable se experimenta en Andalucía:

Fue un choque cultural, porque en México tenemos muy arraigada la cultura prehispánica y lo colonial, entonces llegas a Andalucía y es México y de repente dices: *“¿Cómo? Si es que ellos nos lo llevaron”*. O sea, de todo lo que me sentía orgullosa de México, nada, todo salió de aquí, con las artesanías, con la cerámica, la cestería que te sientes muy identificado con ello, de que es tuyo... ¡Pues no! No es de tu país sino que alguien lo llevó. Y a veces ni siquiera es de España, es que es de otra parte, de los árabes o qué se yo. Cuando vine la primera vez de vacaciones fue traumático, pero cuando me vine a vivir fue: *“Estoy en casa”*. Si hubiera ido a Asturias tal vez hubiera notado más la diferencia, pero en Andalucía los familiares de [esposo español] son más ruidosos que yo (Mex-M, 00).

Si bien la estancia en España es facilitada por la herencia colonial que otorga tanto cercanía cultural como el acceso a la doble nacionalidad, a la par, la herida de la colonialidad ubica a las-os médicas-os latinoamericanas-os en posiciones de subordinación. En el marco estructural del sistema colonial/moderno, para el caso de las-os médicas-os latinoamericanas-os como clases profesionales de alto estatus social y económico, la matriz contempla tanto las dominaciones y exclusiones como los privilegios e inclusiones de sus itinerarios, otorgados ambos por la posición situada que tengan en la clasificación y jerarquía social. Es decir, entre más cerca estén las-os médicas-os del lado ‘visible/claro’ contarán con mayores privilegios, y por el contrario, entre más cerca se encuentren del lado ‘oculto/oscuró’ sufrirán más opresiones y exclusiones. Asimismo, en esta matriz ampliada la ideología, discriminación y prejuicios funcionan como mecanismos no solo de opresión sino también de privilegios e inclusiones sociales, que están presentes en la vida cotidiana de los itinerarios en la profesión médica

de forma estructural y a nivel institucional e individual. En este sentido, las ideologías legitiman tanto la superioridad como la dominación, y se establecen discriminaciones, prejuicios y estereotipos, de una parte, incluyentes y positivos para aquellas-os que ocupan posiciones en lo más alto de la jerarquía social, y por otra, negativos y excluyentes para las-os que están en lo más bajo.

En este contexto, al poner en relación el clasismo y racismo experimentado tanto en España como en Latinoamérica, las narrativas otorgan un mayor peso de estas categorías de clasificación social en la región latinoamericana: *“aquí es una estructura social diferente, es una gran clase media, eso es una ventaja, son mucho más igualitarios a mi modo de ver. Es que el clasismo y las diferencias sociales en nuestros países son obscenos”* (Col-H, 90), *“sinceramente yo creo que los paraguayos somos incluso más racistas, aquí son bastantes civilizados”* (Par-M, 00), *“en España hay muchísimo racismo, y en Latinoamérica tenemos un racismo y clasismo brutal y somos muchos más sexistas”* (Arg-H, 00). Sin embargo, para aquellas-os profesionales que han podido interactuar con las clases altas españolas reconocen la intensidad del clasismo de esta élite: *“cuando estaba en la privada estaba en contacto con esa gente de clase alta y altísima y ellos sí son completamente clasistas. Por ejemplo, el concepto de marcas que en general aquí no lo ves como sí lo ves en Latinoamérica, en ellos sí lo ves”* (Arg-H, 00). Asimismo, desde la experiencia vivida y comparada se evidencia el racismo como característica de todas las personas: *“uno tiene que trabajar mucho para no ser racista y aunque tú intentes trabajarlo y aunque seas muy, muy abierto siempre en el fondo la doble moral existe, porque una cosa es el discurso de la boca para fuera y otra cosa son las cosas que haces. El que diga que no tiene esa doble moral es una mentira completa, la diferencia está en qué grado lo lleves”* (Arg-H, 00), y en todos los países: *“lo que no me gusta es el racismo que existe, eso lo odio, la gente no sabe que cuando ellos migren va a pasar lo mismo con ellos, porque en todos los países hay racismo, en todos los sitios que he vivido existe el racismo”* (Per-H, 80). En el mismo sentido, en España es observado un desplazamiento del clasismo hacia el racismo como mecanismo de diferenciación social: *“nosotros hablamos del negro, del blanco, del indio, del amarillo. Y aquí se hacen un lío con eso”* (Cub-H, 90),

A alguien le oía que en Europa no hay clasismo como el que tenemos en Colombia que es el estrato cero, uno, dos hasta el seis... que eso es algo terrible, eso no debería existir. Entonces acá no hay clasismo pero hay racismo, acá las clases de alguna manera sociales son las razas, porque si tú te das cuenta entre españoles pues sí está el pijo pero si está entre mucha gente tú no te das cuenta, pero entre mucha gente sí notas el rumano, el moro, el gitano, el latino. Entonces aquí lo que hay es racismo (Col-M, 90).

Acorde a la centralidad estructural del racismo en la organización social tanto de Latinoamérica como de España, de los relatos emergen autopercepciones en cuanto al color de la piel que otorgan tanto racismo-privilegios: *“si yo fuera más morenita, si tuviese los rasgos más indígenas, seguramente me tratarían diferente”* (Chi-M, 10), como racismo-opresiones: *“mi padre y yo somos los más trigueños porque mis hijos son más blancos, mi hija es de ojos verdes como mi madre y ellos tienen menos problemas por su apariencia”* (Per-H, 80), *“yo soy mulato por culpa del español, porque al indio se lo cargaron. Y hubiera preferido tener los cuadritos del negro y no la panza del español que tengo”* (Cub-H, 90), *“mi cara me delata y yo percibo discriminación hacia mi parte, y yo no quisiera que nunca nadie mirase raro a mis hijas por el color de piel o por la fisonomía que tienen”* (Bol-H, 00). No obstante, el problema no es la diversidad del ‘color de la piel’ sino la clasificación de los grupos sociales de acuerdo a los rasgos fenotípicos y su correspondiente jerarquización en la gradación de color dada por el sistema colonial/moderno, de ‘lo blanco’ hacia ‘lo negro’ como lo más degradado en la escala social, y que moldea estructuralmente la organización y relaciones sociales: *“los negros pueden ser soldados pero no capitán, pueden ser enfermeros pero no pueden ser médico”* (Uru-H, 00).

En contextos de movilidad laboral internacional, los procesos de racialización por el color de la piel están vinculados a la nacionalidad y tienen carácter situado, es decir, la jerarquización de países es particular para España: *“hay diferentes perfiles y en España es mejor ser latinoamericano que ser europeo del este, africano o marroquí”* (Uru-H, 00), *“claramente hay escalas: el argentino, brasileño, uruguayo y chileno... bueno, el brasileño si es blanco y rubio el otro no, están en la parte más alta. Y luego no es lo mismo un colombiano que un boliviano o que un peruano”* (Arg-H, 00), *“en Estados Unidos ser colombiano era lo peor, aquí no. Y eso me ha ayudado mucho”* (Col-M, 00). En este sentido, la escala racial ubica en lo más alto de la jerarquía, obviamente, a Euro-Norteamérica, y en Latinoamérica al Cono Sur como ‘lo blanco’ y ‘blanco-mestizo’, asignando la debida correspondencia de racismo-privilegio: *“soy una persona que perfectamente puedo ser cien por cien española”* (Chi-M, 10), *“la gente me confunde y dicen que si soy argentino o canario, y nunca me han hecho sentir mal”* (Ven-H, 00), *“me ha molestado que me hayan dicho: ‘Bueno, pero vos no sos como el resto de latinos, vos sos Argentino, vos sos más parecido a nosotros’. Con los argentinos se hace la diferencia de no ser rumano, ecuatoriano o boliviano. Afortunadamente no soy ni rubio ni de ojos celeste porque me sentiría a la cabeza de esa clase [risas]”* (Arg-H, 10), *“aquí me dicen: ‘Los argentinos no son inmigrantes’. Y creo que eso solo me ha traído ventajas comparado con otra gente que lo tiene más difícil. Y eso es claramente racismo”* (Arg-H, 00). Por el contrario, lo más bajo en la escala racial de nacionalidades son aquellos países con mayoría de población indígena y mestiza sobre los cuales recae el racismo-opresión: *“no me importa que me llamen negro o*

*cholo... yo estoy por encima de eso*" (Per-H, 80), *"mi familia es chilena y aquí el chileno, en general, no tiene mala fama y es como el argentino, cae bien, no es un boliviano, un colombiano, un ecuatoriano"* (Chi-M, 10), *"había un chico en mi hospital que es de Bolivia, y mis compañeros le dicen: 'Bueno, pero tú no pareces boliviano', porque él no tiene el fenotipo típico boliviano, es rubio de ojos claros. Y lo dicen en broma, pero en el fondo es totalmente racial, es por la piel y eso lo ves muchísimo"* (Arg-H, 00), *"saben que soy latinoamericano pero siempre me catalogan de ecuatoriano o de peruano y nunca aciertan al decir que soy de Bolivia"* (Bol-H, 00).

Esta matriz de opresiones y privilegios que jerarquiza racialmente por el color en correspondencia a la nacionalidad, funciona de igual manera en contextos diferentes a España, como el caso de Europa: *"mi país le dio a España el cobijo para sus emigrantes y ahora cuando nos dicen: 'Estos sudacas de mierda', a mí me duele porque los españoles ahora son emigrantes y pasan a ser inmigrantes de mierda también, porque hay muchos españoles que están limpiando váteres en Suiza, en Alemania, en Londres"* (Uru-H, 00). Al interior de cada país: *"son situaciones de rechazo que puedes sentir en tu mismo país, porque aquí me hacen lo que en mi país le hacemos a los negros y a los indios"* (Col-H, 00). Así como entre países latinoamericanos: *"en Argentina me fue muy bien porque allí piensan que los colombianos y los venezolanos somos los únicos que no los odiamos. Cosa que no pasa con los bolivianos, paraguayos, o los peruanos que los tratan como personas de menor nivel. Sin importar el nivel académico para ellos los bolivianos son obreros, albañiles, empleadas del servicio"* (Col-H, 00), *"con el problema de los inmigrantes bolivianos en Argentina la gente dice: 'Claro, es que estos bolitas vienen a invadirnos' y yo no podía creer lo que estaba escuchando"* (Arg-H, 10), *"antes de venirme había más migración boliviana, y llegaban a presentarse algunos gestos xenófobos de una golpiza a alguno"* (Uru-H, 00),

En España sí hay xenofobia, pero yo he sentido mucho racismo en Venezuela por ser español, allá nos decían: "Españoles de mierda". Y aquí cuando alguien se queja del español, siempre digo: "Pero si allá es igual". Y mi mujer es rubia, blanca, no parece venezolana, pero ella es muy venezolana y se le nota al hablar, y aquí ha tenido varios incidentes y cuando le dicen: "Sudaca, vete para tu país", ella sí se afecta mucho y se pone a llorar y siempre le digo: "¿No te acuerdas allí lo que nos decían a nosotros? Pues ya está, es igual (Ven-H, 90).

En cuanto a los estereotipos que en España se han construido sobre Latinoamérica, a la vez que están altamente racializados, son generizados: *"el fenotipo de mujer latina es mucho más aceptado que el fenotipo de hombre latino, es decir, que la mujer latina la ponen mucho más femenina que la mujer española y eso lo aceptan sin ningún problema. En cambio el hombre latino no lo aceptan de la misma manera que la mujer latina, lo ven más machista que el español"* (Arg-H, 00). En el mismo sentido, los prejuicios

están encaminados a una descalificación en términos evolutivos de la región: *“todavía nos consideran del nuevo mundo [risas], creerán que estamos en guayuco todo el día y que vamos de liana en liana. Yo creo que algunos todavía tienen esa imagen, obvio hay muchos que no, que han viajado y les encantan nuestros países, pero hay muchos otros que yo sé que nos consideran todavía así”* (Ven-M, 00), *“no me gusta que a veces tienen una mentalidad muy cerrada y creen que España es lo mejor del mundo y que nosotros los suramericanos estamos involucrados totalmente”* (Col-H, 00), *“hay dichos y cosas que no me gustan como lo de ‘tercermundista’, y las ideas preconcebidas que tienen de nosotros... es pura ignorancia”* (Col-M, 00), *“para los españoles no hay diferencia, todos somos iguales, pensamos igual y tenemos la misma cultura, suramericana, centroamericana... a ellos les da igual”* (Gua-M, 00).

Con respecto a las prácticas discriminatorias, cuando las-os médicas-os han tenido experiencias como inmigrantes no cualificadas-os expresan la profunda brecha que existe entre la inmigración cualificada y la no cualificada: *“no tiene nada que ver, es un estatus completamente distinto, pero tan distinto que es como si fuese yo otra persona”* (Cub-M, 90), *“mientras homologaba el título trabajaba en una piscina y nadie me creía que era médico... fue terrible”* (Ven-M, 90), *“he visto como a otros los tratan mal, sobre todo amigos que tengo que no tienen profesión, que trabajan en trabajos informales. O cuando voy a ver a algún paciente que tienen sus empleadas de algún país latinoamericano, pues sí, las tratan súper mal. Tener una profesión sí hace la diferencia, muchísimo”* (Col-M, 00), *“la mayoría de gente que migra de mi país llega a cuidar abuelitos o a trabajar de albañil. En ese sentido ha sido a favor venir como médico y trabajar como médico”* (Bol-H, 00). Por el contrario, cuando no han tenido que situarse en esta posición no manifiestan experiencias fuertes de discriminación-opresión: *“que yo haya sentido con la gente maltrato, jamás”* (Col-H, 00), *“hasta la fecha no he tenido malos tratos por parte de la gente española”* (Nic-M, 00). Al indagar por las razones por las cuales no han enfrentado este tipo de situaciones, algunas-os asumen una actitud de no reconocimiento explícito: *“aunque hay gente que tiene un fenotipo muy mestizo y cuando tú comentas estas cosas te dicen que a ellos no les pasa... o tal vez no lo quieren expresar”* (Arg-H, 00), también puede ser por el círculo social en el que se mueven en España: *“creo que la gente aquí es muy educada, por lo menos hasta ahora, con los que he tratado y de momento nada”* (Bol-H, 10), *“aquí políticamente no está bien vista la xenofobia, aquí no la van a demostrar directamente, es muy raro que una persona lo haga directamente”* (Col-H, 00), y/o porque se tienen recursos propios para hacer frente a estas circunstancias: *“creo que tengo el suficiente conocimiento para poder defenderme cuando le achacan a la inmigración cosas que no son, claro, con la gente que tiene un discurso más radical ni siquiera se discute, hay que dejarlos pasar y ya está”* (Arg-H, 10). Aunque, nuevamente, estos recursos están estructuralmente racializados por nacionalidad: *“es algo que no me gusta de los médicos latinos, que bajan*

*la cabeza y yo no puedo. No lo hacen los argentinos, chilenos, venezolanos, ni el colombiano, pero el peruano, el ecuatoriano, el boliviano, el hondureño, de Nicaragua, el panameño, el mexicano... todos agachan la cabeza aquí contra el europeo, contra el blanco colonizador” (Cub-H, 90).*

Lo que sí es recurrente en las narrativas de las-os médicas-os es la discriminación-opresión de las instituciones españolas, especialmente en los trámites para los permisos de permanencia legal. De una parte, la estratificación de los países de Latinoamérica para la exigencia de visado determina el inicio del proyecto de movilidad hacia este país: *“me dieron una visa de estudiante porque venía a hacer el curso, esa sí fue costosa salió en 1.500€” (Col-H, 00), “hubo mucho problema para sacar la visa de estudiante para hacer el curso de preparación al MIR, porque hay muchas restricciones para venir a España” (Bol-H, 00), frente a los países que no tienen la barrera de este visado: “vine solo a presentar el examen y como mi país no tiene visa, no tuve que hacer mayores trámites” (Arg-H, 10). Y por otra, los trámites anuales de renovación del permiso de estudiante y de trabajo: “realmente te sientes excluido cuando te enfrentas a inmigración o vas a buscar trabajo, siempre te piden papeles para ver de dónde eres” (Col-H, 00), “aunque quiera no puedo dejar de sentirme inmigrante porque para lo que vine, para el examen MIR, me lo recuerdan en todo momento. Y me gustaría sentir que tengo el mismo trato, los mismos derechos y oportunidades, eso sería lo ideal... pero pues no es así” (Nic-M, 00), “el primer día que me sentí como inmigrante fue cuando fui a pedir la cita a Aluche. Es increíble... en la calle jamás me han gritado: ‘Sudaca’, pero con los trámites el trato es fatal” (Col-M, 10). Ante estas expresiones de discriminación-opresión, las-os médicas-os latinoamericanas-os utilizan su profesión como escudo de protección: “tú llegas a un sitio y nadie te pone atención, pero en el momento que por algún trámite o algo tú tengas que decir que eres médico, cambia totalmente la actitud” (Gua-M, 00),*

La discriminación que percibes... ¿sabes dónde se percibe?, cuando tú vas a hacer un trámite de extranjería, ahí la percibes. Y aún siendo familiar de comunitario, te repiten que tienes que traer la partida de matrimonio, que mi esposa tenía que ir. Y ya era tanto que no aguanté y le dije que era médico, y ahí cambia un poco porque se sorprenden (Uru-H, 00).

En este sentido, ante una situación de contradicción de estatus (Gil, 2010) en la que no se espera que un ‘inmigrante latino’ sea ‘médico’, la medicina funciona como mecanismo de blanqueamiento que les permite alejarse de los estereotipos y discriminaciones que oprimen y excluyen a las-os inmigrantes no cualificadas-os, y que a la vez, les restituye la posición de poder y mayor jerarquía social, y por ende, los privilegios e inclusiones de las clases profesionales latinoamericanas transnacionales, cosmopolitas y multiterritoriales. De esta forma, en los escenarios de la cotidianidad en que se les confunde con ‘inmigrantes’, bien sea por los rasgos fenotípicos o

por el acento, las-os médicas-os latinoamericanas-os como mecanismo de distinción y restitución de privilegios, refuerzan su condición de ‘médico’, aunque jamás se liberen por completo del estigma de la racialización: *“con estatus de médico te tienen un poco más de aprecio, sí, pero no es lo mismo, no te creas que te consideran suyo, vamos, te respetan pero nada más”* (Ecu-H, 00), *“los médicos de pronto para ellos somos inmigrantes pero estamos en una categoría diferente, el hecho de tener educación, de tener la profesión que tienes pues te da un estatus mejor dentro del grupo de inmigrantes”* (Col-M, 90), *“si siendo médico y trabajando en el hospital percibo discriminación, imagínate con mi familia en la calle”* (Bol-H, 00), *“cuando uno es médico viene con un proyecto de médico, y ya viene más o menos armado con un contrato. Y aunque no se pueda quedar por la situación uno viene en otro nivel y siempre ganas más de lo que pierdes”* (Uru-H, 00), *“aquí como vivo en un pueblo la gente que sabe que soy médico me considera como médico, pero el que no me conoce y ve solo mis rasgos mestizos, si es racista piensa que soy un delincuente incluso”* (Per-H, 80), *“por más que lo intentes, nunca te verán como su igual. Y entre más alto llegues como médico, la resistencia es mayor”* (Arg-H, 00).

## Conclusiones

El que una persona desee estudiar una carrera universitaria en América Latina, en el periodo de los años setenta del siglo pasado a hoy, implica que tenga que enfrentarse a varios elementos estructurales: al sistema-mundo colonial/moderno que moldea las sociedades de Latinoamérica y Euro-Norteamérica; a los cambios socioeconómicos generados a partir de la implementación de las políticas neoliberales; y a un sistema educativo con dificultades para garantizar el acceso a los grupos subalternizados. En el caso de la medicina, esta situación se complejiza dado su carácter de profesión paradigmática de la modernidad, caracterizada por un monopolio corporativista y credencialista que le otorga altos privilegios económicos y sociales. En este contexto, a partir de las conversaciones de carácter biográfico con las/os treinta y seis médicas/os latinoamericanas/os que colaboran en este trabajo doctoral, se co-teoriza desde un punto de vista compartido sobre sus itinerarios en la profesión médica. Con base en las experiencias y reflexiones generadas, se puede concluir que los itinerarios en la medicina son posibilitados por los capitales familiares y por una densa red de relaciones personales e institucionales tejida en torno a la profesión, que en espacios de movilidad laboral internacional, moldean formas de estar cosmopolitas, transnacionales y multiterritoriales. No obstante, a la luz de esta generalización sociológica las posiciones en el campo de la profesión médica difieren de acuerdo al entramado situado de categorías de clasificación y jerarquización social en marcos estructurales.

Como se ha mencionado, la familia y sus capitales son fundamentales en las trayectorias de formación académica. Empero, esta centralidad solo retoma sus reales dimensiones si está situada en el contexto de los sistemas educativos de América Latina. En esta región el proceso de cribado social realizado a través de los exámenes académicos de ingreso a las facultades de medicina, permite la matrícula solo a una minoría. De esta forma, se va configurando a lo largo del periodo y países de análisis un proceso de enclasmiento que posibilita a las clases sociales medias y altas, y en muy poca proporción a las bajas, estudiar la profesión. Asimismo, este privilegio de acceso de aquellas/os que pueden asumir el costo de la carrera está generizado tendiendo hacia la feminización debido al ingreso masivo de las mujeres, y también racializado con una población mayoritaria de blancos y blancos-mestizos, y por ende, de minorías afrodescendientes e indígenas. En consecuencia, en Latinoamérica no toda persona que quiere estudiar medicina, y en el mismo sentido, no cualquier familia posee los capitales



necesarios para asumir la realización de esta carrera, inclusive en instituciones públicas. En esta situación, el entramado de los capitales acumulados por las familias y transferidos a las-os hijas-os, posibilita la formación universitaria a tal grado que de forma independiente del nivel educativo de las-os progenitores, las-os hijas-os de estas familias han terminado sus estudios profesionales en medicina. El logro de este proyecto familiar en torno a la educación universitaria, genera, por una parte, un proceso de enclasmiento de las-os hijas-os en las clases profesionales latinoamericanas a pesar de la clase social de la que provienen; y por otra, mantiene la posición social de las familias con capitales culturales representados en títulos universitarios, así como constituye para aquellas que nos los tienen, un proceso de movilidad social ascendente a través de las profesiones de las-os hijas-os.

Estos capitales familiares actúan de forma diferenciada sobre las trayectorias educativas. Por una parte, los capitales culturales y sociales proveen el entorno en el que la elección de la medicina como profesión es tomada, sin que se evidencien diferencias significativas por género. Asimismo, estos capitales promueven que las familias apoyen a las mujeres en cuestiones que contradicen la aún cultura patriarcal de Latinoamérica, tales como retrasar la maternidad, estudiar una carrera tradicionalmente masculina, y lograr la independencia y autonomía económica. Sin embargo, si bien los capitales culturales propician la formación médica independiente de la clase social de la familia, son los capitales económicos y sociales los que funcionan como mecanismo de diferenciación que moldea a lo que se puede aspirar o no en el campo de la medicina. En este sentido, los atributos que otorgan más posiciones de poder son la excelencia académica obtenida en instituciones de prestigio -públicas y privadas-, el aprendizaje de idiomas diferentes al español, y la financiación para iniciar el ejercicio profesional en consultas privadas. De la misma forma, tanto el éxito académico como los capitales familiares permiten que la trayectoria educativa sea lineal en cuanto a la formación secundaria y universitaria.

Una vez iniciadas las trayectorias laborales, la orientación profesional de estos-as médicas-os gira en torno a la realización de la especialidad médica. En este sentido, la especialidad emerge como una categoría de clasificación y jerarquización al interior de la medicina. Sin embargo, si en Latinoamérica acceder a la profesión médica representa superar unas barreras estructurales muy complejas, en el caso de la especialidad significa mayores dificultades. Tal como en la educación superior, los capitales familiares son centrales en caso de que los sistemas sanitarios de los países no financien este nivel de formación. Y de la misma forma, nuevamente acceden las-os que cuentan con la suficiente excelencia académica y capitales sociales para aprobar los exámenes en España y América Latina. De las seis trayectorias tipificadas en los escenarios de médicas-os

generales, residentes y especialistas, las percepciones sobre la valoración de los itinerarios varían justamente en relación con la especialidad. En el caso de las-os médicas-os generales es manifiesta la preocupación por aún no ser especialistas, bien sea para las personas que están preparando el examen del sistema MIR, o para aquellas que iniciaron la especialidad en Latinoamérica pero tuvieron que abandonarla por motivos económicos y familiares. Estas apreciaciones contrastan con la satisfacción de las-os médicas-os residentes al haber cumplido la meta profesional de obtener una plaza en el sistema de formación de España, inclusive cuando no se ha podido elegir la especialidad deseada. En el mismo sentido, para las-os médicas-os especialistas, aunque las trayectorias están ya consolidadas en cuanto a este nivel de formación, las narrativas de aquellas-os que no han logrado homologar el título obtenido en Latinoamérica oscilan entre la inestabilidad de ejercer en el sistema privado sin la debida acreditación, y la frustración del ejercicio como médicas-os generales.

El contar con una especialidad funciona como mecanismo que otorga privilegios y configura los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os en múltiples dimensiones. Por una parte, la especialidad profundiza la brecha con las-os médicas-os generales en cuanto al reconocimiento social e ingresos económicos. Situación más acentuada en Latinoamérica donde el número de especialistas es mucho menor que el de generales. Asimismo, la especialidad elegida moldea las posibilidades a las que se puede aspirar en el desarrollo profesional, en aspectos como la cantidad de ofertas en el mercado médico nacional e internacional, el nivel de ingresos, y el tener una consulta privada. En el ámbito de la práctica médica, determina la calidad de vida en cuanto al tiempo que puede demandar, así como el tipo de paciente, enfermedad y órgano del cuerpo en los que se está especializado. En otro sentido, las especialidades están jerarquizadas otorgando a las quirúrgicas los mayores privilegios, las cuales están, por un lado, generizadas facilitando que los hombres accedan y terminen este tipo de especialidades, y por otro, racializadas con minorías de afrodescendientes e indígenas. Sin embargo, a medida que la medicina está siendo una profesión a la que ingresan masivamente aquellas mujeres que pueden asumir el costo, las especialidades tradicionalmente masculinas están aceptando el acceso a las médicas, aunque en proporciones mayores en España que en Latinoamérica.

Precisamente, el reciente acceso masivo de las mujeres a la medicina es un factor para que posiblemente en un futuro se pueda cambiar una profesión que estructuralmente está constituida en el patriarcado de Euro-Norteamérica. Esta estructura generizada a favor de los hombres, enfrenta a las médicas al profesionalismo tradicional, y en consecuencia, a asumir la incorporación de cualidades masculinas en caso de desear una carrera

altamente competitiva. Uno de los atributos que opera en mayor grado en detrimento de que las médicas ocupen cargos de poder como profesoras, jefas de servicio, investigadoras o gestoras, es la conciliación del tiempo que demanda la profesión con el tiempo de crianza de las-os hijas-os que exige el rol tradicional del patriarcado. En este sentido, las médicas utilizan como estrategias el priorizar la carrera a las-os hijas-os, retrasar la maternidad hasta después de la especialidad, el ejercicio de una medicina no competitiva, y la ayuda doméstica a tiempo parcial o completo para las que la pueden pagar. Asimismo, y tal vez debido a los capitales culturales de algunas parejas hombres, también se encuentran estrategias que representan rupturas con el tradicional machismo como la coordinación de actividades, el cambio de roles en el caso de hombres no médicos, y el abandono voluntario de una carrera altamente competitiva por un ejercicio profesional, en el que los médicos deciden conciliar el tiempo de su carrera, con la pareja y las-os hijas-os. No obstante, esta estructura patriarcal que privilegia el ascenso de los hombres a cargos de poder frente a las mujeres, también tiene un carácter colonial que en contextos de la movilidad hacia España, impide que las-os médicas-os latinoamericanas-os puedan competir con las-os nacionales por estas posiciones de poder en el campo médico español.

La neoliberalización de los sistemas sanitarios iniciada en los años ochenta, es otro de los factores que configura los itinerarios en la medicina. En cuanto al mercado médico laboral, el impacto de la implementación de las políticas neoliberales sobre las trayectorias laborales depende de la edad de las-os médicas-os. De una parte, las-os profesionales de más de 45 años son las-os más críticas-os frente al sistema, ya que alcanzaron a tener carreras estables hasta la implementación de las políticas en Latinoamérica y España, y son las-os que realmente han sufrido el cambio. Por el contrario, las-os de menor edad han sido formadas-os e iniciaron su trayectoria laboral bajo estas políticas, y aunque también son críticas-os con la privatización, resaltan ventajas como la flexibilización que les permite trabajar las horas necesarias para el nivel de ingresos que deseen tener, la movilidad internacional cada vez más desregularizada, y la posibilidad de múltiples experiencias laborales frente a un único empleo público de por vida. Sin embargo, reconocen que este ritmo de trabajo causa agotamiento, inestabilidad y estrés laboral. Estas políticas neoliberales también han puesto en cuestión el profesionalismo médico tradicional. En este sentido, contradicen los códigos deontológicos de la medicina al subordinar las decisiones médicas a criterios del control del gasto. De igual forma, si bien la confianza en las-os profesionales no ha disminuido bajo esta lógica neoliberal, la imagen de las instituciones que gobiernan los sistemas sanitarios sí está altamente deteriorada. No obstante, se presentan más problemas de confianza en España que en Latinoamérica, debido a las demandas contra las-os profesionales que obligan al ejercicio de una

medicina defensiva. Asimismo, la profesión ha ido perdiendo parte del estatus social en el que se basa su profesionalismo, aunque en Latinoamérica aún se ostenta un mayor reconocimiento social que en España. Paradójicamente, la disminución de estatus de las-os profesionales, ocurre cuando más aumenta el poder de los procesos de medicalización de la vida cotidiana. En relación con el estatus económico, en América Latina donde las políticas neoliberales se han aplicado durante más tiempo, éstas han profundizado la brecha entre las-os pocas-os médicas-os con ingresos muy altos, una gran proporción de ingresos medios, y aquellas-os que trabajan en condiciones precarias.

Las trayectorias de las-os médicas-os latinoamericanas-os también son configuradas por los ciclos de apertura y cierre en la concesión de credenciales a profesionales extranjeras-os, que las instituciones del sistema sanitario de España administran como parte de la gestión del personal médico en contextos neoliberales. De esta forma, en el espacio temporal que abarca esta investigación se conforman dos ciclos. El primer periodo, que abarca desde finales de la década de los noventa hasta finales de la primera década del presente siglo, está caracterizado por la apertura en la concesión de credenciales y una demanda de profesionales extranjeras-os en el mercado médico privado y público. A partir de estos años, las instituciones del sistema sanitario español empiezan un periodo de cierre paulatino de credenciales, y el trabajo médico empieza a escasear debido en gran parte al proceso de neoliberalización. En concordancia con estos ciclos, las trayectorias laborales experimentan en grado diferente una mayor o menor ruptura en la linealidad que suelen llevar. Es decir, en la etapa de apertura del sistema sanitario español el tiempo liminar en el que tardan en obtener las credenciales es menor, porque hay facilidades de acceso al sistema de formación de especialistas, las ofertas del mercado médico laboral son más abundantes, la legislación es más inclusiva otorgando permisos de trabajo, y por ende, hay un efecto llamada entre las redes profesionales. Todo lo contrario al presente periodo de cierre, en el cual han aumentado las restricciones en los cupos del MIR para extranjeras-os, la poca demanda de trabajo la ocupan las-os nacionales, sin contrato laboral las posibilidades de conseguir un permiso de trabajo son muy bajas, y ya no se promueve en las redes profesionales el venir a España.

En la dinámica del ciclo de cierre actual, las trayectorias laborales con mayor grado de vulnerabilidad en España son aquellas que resultan de la interseccionalidad entre no haber obtenido la especialidad (en el MIR o por homologación), los casos en los que no se cuenta con la nacionalidad o permiso de trabajo en la profesión médica, y aquellas que no han logrado acceder a una oferta de trabajo con ciertas garantías laborales. Este espacio liminar que se genera en el proceso de obtención de credenciales, está caracterizado por altos costos emocionales y por la precarización de los

trabajos médicos a los que deben someterse, aunque los ingresos y/o el tiempo libre de este tipo de ofertas permite dedicarse y costear la carga de tramitología burocrática. En este orden de ideas, la acumulación de capitales adquiridos con anterioridad junto a las credenciales obtenidas en España, moldean el tramo de la trayectoria correspondiente al ejercicio médico en este país en cuanto a la cualificación de los trabajos, los ingresos, la conformación de redes, y la valoración de la movilidad. Si bien existe una gran diversidad de experiencias laborales en las seis trayectorias tipificadas, sobre la práctica de la medicina en el sistema sanitario de España se presentan algunas generalidades. Por una parte, emergen sentimientos de frustración al evidenciar la falta de recursos asignados a los sistemas sanitarios latinoamericanos y a la extrema pobreza que se vive en la región, en contraste con el bienestar, la tecnología de punta, y en ocasiones, el abuso y desperdicio de los recursos sanitarios en España. De otra, la formación y ejercicio de la medicina en las dos regiones ha permitido conformar un perfil profesional que combina la tecnología de última generación de España con la medicina clínica latinoamericana. Asimismo, a pesar de la homogeneización de la formación médica dada por la colonialidad del saber, el ejercicio de la medicina en este país exige nuevos aprendizajes en cuanto a enfermedades, medicamentos, protocolos, tecnología, así como la incorporación de prácticas culturales del campo médico. De la misma forma, el cuestionamiento ético por no estar trabajando como médicas-os en una región con serios problemas socioeconómicos como la latinoamericana, genera tanto sentimientos de culpabilidad, de ausencia de ésta o de doble culpa -ahora con España-, aunque estas percepciones están matizadas por el carácter temporal o permanente de la movilidad laboral. En cuanto a la continuidad de la trayectoria laboral, y dada la centralidad del ejercicio de la medicina en la vida de estas personas, las trayectorias pueden optar por intentar permanecer en España, iniciar un nuevo proceso de movilidad laboral hacia Euro-Norteamérica, o retornar a Latinoamérica. Posibilidades que se diferencian unas de otras por los capitales sociales, culturales y económicos de los que se disponga.

Las interacciones en la profesión médica con pacientes y pares están configuradas a la largo de los itinerarios, por la existencia de espacios de alteridad en los que se ocupan posiciones de menor poder otorgadas por la extrañeza de ser 'lo otro'. En la relación entre pacientes y profesionales, las/os pacientes racializan a las/os médicas-os si son extranjeras-os, les generizan si son mujeres, o les etarizan si son muy jóvenes, sospechando de la competencia médica para tratarles a causa de estos marcadores de diferencia. En la otra vía, aunque debería ser una relación libre de prejuicios, éstos se tienen porque parte del diagnóstico y tratamiento médico está basado en realizar perfiles a partir de estas categorías de clasificación. Más aún, funcionan también como mecanismo de

medicalización con carácter normativo. De otra parte, el ejercicio de poder sobre 'lo otro' también es una dinámica que configura la relación entre colegas. En este sentido, durante la formación educativa, la entrada masiva de las mujeres a la carrera y especialidades masculinas, las expone a estereotipos negativos acordes con el sistema patriarcal en cuanto a su capacidad intelectual y apariencia física. En el caso de las rotaciones del internado, debido al prestigio de lo público en la enseñanza de la medicina, se pone en tela de juicio a las-os estudiantes de universidades privadas, bien sea por su alta posición socioeconómica, o porque las instituciones en las que estudian no ostentan niveles de calidad. En el servicio social obligatorio, especialmente en zonas rurales y periféricas, las-os profesionales de 'la capital' son rechazadas-os por el poco conocimiento que tienen de la medicina tradicional, llegando incluso a competir con los chamanes de la región. Además, son discriminadas-os por ser 'blancos' y 'mestizos', y las mujeres se enfrentan a prácticas de sexismo diferentes a las que están habituadas en los grandes centros urbanos.

No obstante, los contextos de movilidad internacional son los espacios de alteridad en los que se refuerza con mayor intensidad la posición de dominación sobre 'lo otro', es decir, 'lo extranjero'. En esta situación, las-os profesionales, además de la generización estructural de la medicina, experimentan un desclasamiento social y profesional por razones raciales de nacionalidad y rasgos fenotípicos, congruentes con la clasificación y jerarquización teorizada por el sistema colonial/moderno. De esta forma, en casos de movilidad intra-Latinoamérica, entre otros, en Argentina se pone en cuestión la idoneidad de las-os profesionales de Bolivia, en Venezuela y Brasil la de las-os cubanas-os, y en Guatemala la de las-os nacionales que han sido formadas-os en Cuba. Al cambiar de continente, en España se mantiene la misma jerarquía de color de la colonialidad, en la cual las-os médicas-os latinoamericanas-os son racializadas-os de acuerdo al grado de blanqueamiento que caracteriza a la región: de 'lo blanco' del Cono Sur hacia la diversa gama de 'lo blanco-mestizo' y 'lo oscuro' del resto de nacionalidades. En este sentido, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones tienen correspondencia con esta gradación racial, es decir, son positivos/negativos e incluyentes/excluyentes de acuerdo a la gama entre 'lo blanco'/'lo oscuro'. Asimismo, se acentúan o disminuyen de forma interseccional y situada. En el caso de los ciclos de cierre o apertura de credenciales, 'lo extranjero' es percibido como una menor amenaza en tiempos de bonanza independiente de la cantidad de profesionales que estén en España. Por el contrario, en periodos de cierre, como el actual, representan una preocupación de invasión así en el país estén muy pocas-os profesionales. De igual manera, el poner en duda la calidad de la formación obtenida en Latinoamérica se acentúa en trabajos médicos más cualificados, ya que hay una contradicción de estatus entre el cargo de poder y la condición de 'latino'. Situación que no sucede en trabajos menos

cualificados, en los que no hay la sospecha del conocimiento porque se considera que las-os médicas-os latinoamericanas-os son las-os adecuadas-os para este tipo de ofertas laborales.

Los capitales sociales adquiridos a lo largo de las biografías son un factor de suma importancia en la configuración de las trayectorias educativas y laborales. Las redes y las relaciones entre ellas entretejen una densa urdimbre que posibilita la formación de un *habitus médico*, que enclasa a las-os médicas-os latinoamericanas-os en los privilegios que otorga esta profesión paradigmática de la modernidad. En este sentido, la conformación y acumulación de redes en torno a la medicina se va tejiendo en diferentes espacios y temporalidades. De las familias se heredan los capitales sociales que éstas han acumulado, cuyo grado de efectividad depende de la clase social a la que pertenecen, y de si se cuenta con parientes vinculadas-os al campo médico. En este ámbito familiar se incluyen además las redes de las parejas que también son profesionales de la medicina. En la formación educativa de la secundaria, universidad y especialidad es quizás donde se consolidan los lazos más fuertes personales e institucionales, al conformar pequeños grupos de estudio muy cohesionados que responden a la alta exigencia académica de instituciones generalmente de alto prestigio y reconocimiento. En estos espacios de formación, las-os hijas-os de familias que no poseen altos capitales sociales, pueden acceder a redes socioprofesionales a través de compañeras-os de estudio de familias que sí las posean. Asimismo, las redes se van fortaleciendo a medida que se transitan las trayectorias laborales en diversos territorios e instituciones, reforzadas con experiencias de movilidad internacional en Latinoamérica y Euro-Norteamérica, que les otorga un carácter transnacional y multiterritorial. De esta forma, el tupido entramado de redes construidas en torno a la medicina y conformadas por personas, instituciones y territorios, provee los contactos necesarios para acceder a oportunidades de formación, de ofertas laborales en el mercado médico, y posibilita los proyectos de movilidad internacional en caso de periodos de atracción de profesionales extranjeras-os.

El entramado de los factores aquí mencionados, permite a las-os médicas-os latinoamericanas-os que coinciden en España configurar formas de estar en el mundo cosmopolitas, transnacionales y multiterritoriales. En este sentido, la ciudadanía transnacional definida por el estatus legal en Latinoamérica y España, la incorporación de un estilo de vida cosmopolita, los capitales económicos, sociales y culturales, así como la masificación del transporte y de las nuevas tecnologías, posibilita que estas-os profesionales puedan vivir entremedias en los territorios en los que han ejercido la medicina. Desde esta posición intermedia, los sentidos de pertenencia que emergen oscilan, según el contexto, entre el ‘pertenecer a todo el mundo’, ‘ser solo de Latinoamérica’, o ya ‘no pertenecer a ningún lado’. Al hacer

referencia a Latinoamérica solo se es de allí y prevalece el orgullo a la identificación con 'lo latino'. Cuando se hablan de los proyectos de futuro, se es médica-o y ciudadana-o del mundo y se abren posibilidades de movilidad a varios países. En cambio, al expresar sus opiniones políticas son deslegitimadas-os tanto aquí como allá, porque ya no son de ninguna parte. De la misma forma, aunque matizados por la situación, pueden aflorar sentimientos de soledad, de pérdida de identidad, así como sensaciones de estar dividida-o sea, de no estar completa-o, de sentir comodidad aquí y allá, pero a la vez, extrañamiento.

La subjetividad cosmopolita, transnacional y multiterritorial de estas-os médicas-os está moldeada por las diferentes experiencias de movilidad internacional de sus itinerarios profesionales. En el caso de España, este país europeo les permite la oportunidad de llevar una vida en un entorno más seguro, con mayor calidad de vida y menos hostil que en Latinoamérica, aunque pierden el estatus social y económico que ostentarían en esta región, así como la cotidianidad con la familia y amigas-os reemplazada en la distancia, por los cuidados transnacionales. Asimismo, las médicas experimentan un espacio que consideran menos machista que les posibilita habitar la calle, y liberarse del cuidado excesivo de la apariencia física. A nivel personal, han ganado autonomía e independencia al enfrentar una vida lejos de las redes familiares y de amigas-os de la infancia y adolescencia. Igualmente, experimentan el reconocimiento de la herencia colonial que, si bien crea cercanía cultural también les subordina. En este sentido, se enfrentan a procesos de racialización acordes a la gradación de color dada por la jerarquía del sistema colonial/moderno. Sin embargo, reconocen que no han sido situaciones extremas de prejuicios o discriminación tanto en la calle, en el entorno laboral o con las instituciones, como las que sí experimentan muchas-os inmigrantes de Latinoamérica. La explicación dada desde su punto de vista, es que eso no sucede porque son profesionales de la medicina. Es decir, en situaciones en las que se diluye el estatus 'de médico' por los rasgos fenotípicos, por el acento o por una presunción de baja clase social, y en consecuencia, prevalece el estatus 'de inmigrante', la profesión médica funciona como mecanismo de blanqueamiento que les restituye la posición de poder y mayor jerarquía social y sus privilegios, alejándoles de las discriminaciones y estereotipos negativos a los que está expuesta la inmigración no cualificada.

Para terminar, se considera que sería de especial interés realizar investigaciones que permitan comparar los itinerarios de las-os médicas-os latinoamericanas-os, en los países que en las conversaciones han emergido como altamente deseados y que ostentan una posición de más poder que la de España: Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania. Estos espacios geopolíticos representan para la movilidad internacional desde



Latinoamérica una mayor complejidad, en cuanto a los idiomas y a la dificultad en obtener las credenciales académicas y de estancia, que España facilita por los lazos coloniales. En este orden de ideas, las investigaciones comparadas serían abordadas desde las mismas perspectivas metodológicas. Por una parte, el análisis estructural a partir de la teorización del sistema-mundo colonial/moderno, y de otra, el enfoque interseccional que visibiliza los privilegios/discriminaciones e inclusiones/exclusiones que se experimentan a lo largo de los itinerarios en el entramado de categorías de diferenciación social como la clase, raza, y género, entre otras. A la luz de estas investigaciones comparadas, se podría profundizar en la comprensión de los procesos contemporáneos de clasificación y jerarquización social de las clases profesionales latinoamericanas de alto estatus social y económico, en contextos neoliberales y de movilidad internacional.

## Conclusions

Whether a person wants to study at a Latin American University, considering the time period from the seventies till nowadays, s-he has to face different structural factors: the colonial/modern world system, which shapes the Latin-American and Euro-North American societies; the socio-economic changes generated by the implementation of neoliberal policies; and an educational system that cannot guarantee the access to subalternized groups. In the case of medicine, such a situation has turned more complex given its paradigmatic feature as profession of modernity, characterized by a corporatist and accrediting monopoly that gives high economic and social privileges. Starting from the biographical conversations with thirty-six Latin-American doctors who took part in this doctoral work, we co-theorize on their careers within the medical profession from a shared perspective. Based on the generated experiences and reflections, we can conclude that medical careers are possible because of family capitals and a thick network of personal and institutional relations woven around the profession. In international mobility work spaces, such networks shape cosmopolitan, transnational and multi-territorial ways of being. However, given this sociological generalization, the positions within the medical profession differ according to the situated and interweaved of social classification and hierarchical categories within structural frames.

As mentioned, the family and its capitals are fundamental in determining the academic paths. But such centrality reflects its real dimension if the Latin-American education systems is taken into consideration. In the region, just a minority can attend a medicine faculty because of the process of social filtering carried out through the access exams. In this way, and all along the examined period and in all the countries, a process of classing has allowed medium- and high social class people, and far less low class people, to study this profession. The privilege of access of those who can afford the fee is also gendered, with a tendency to the feminization given the massive entry of women; moreover it is racialized since the majority of the students are white and mestizos, and therefore African and indigenous descents represent a minority. As a consequence, in Latin America not everyone who wants to study medicine, and in the same sense, not every family has the necessary capital to assume the accomplish of this objective, even in public institutions. In this situation, the intermeshed of the capital accumulated by families and transferred to children, enables to attend a university education to such a degree that

independently from the educational level of parents, the children of these families can complete their professional studies in medicine. Achieving this family project around university education, generates, on the one hand, a process of classing of the children in Latin American professional classes, regardless the social class of origin; on the other hand, it allows maintaining the social position, represented as university degrees, of families with cultural capital, and for those who do not have them, a process of upward social mobility through their children's professions is made possible.

Such cultural capitals affect in different way educational careers. From one side, social and cultural capitals provide an environment in which the decision of medicine as profession is taken for granted, without significant gender differences. In the same line, such capitals promote support for women in issues that contradict the still patriarchal culture in Latin America, such as delaying motherhood, studying traditional male career, and achieving economic independence and autonomy. However, although the cultural capitals foster medical education independently from the social class of the family, the economic and social capitals serve as differentiation mechanism that shapes what a student can aspire to or not to in the field of medicine. In this sense, the attributes that give more power positions are the academic excellence obtained in both public and private institutions of prestige, the knowledge of languages other than Spanish and the funding in order to start the professional practice in private organizations. In this way, both the academic results and the family capitals allow the educational path to be lineal regarding secondary and university education.

Once started the career paths, the professional orientation of these doctors centers on the fulfillment of the medical specialty. In this sense, the specialty emerges as a category classification and hierarchy within medicine. However, if in Latin America the access to the medical profession means to overcome structural barriers, in the case the specialty it implies greater difficulties. As for higher education, family capitals are key if the health systems of the countries do not fund this level of training. And in the same line, the ones who have access are those who can count on the sufficient academic excellence and social capital to pass the exams in Spain and Latin America. Of the six paths typified in the scenarios of general practitioners, resident and specialist doctors, perceptions on the valuation of the itineraries vary precisely in relation to the specialty. In the case of general doctors, they express the concern about not being specialists, either for people who are preparing the examination for the MIR system, or for those who started their specialization in Latin America but had to leave for economic and family reasons. These findings contrast with the satisfaction of resident doctors having attained the career goal of obtaining a place in the education system in Spain, even when could not have the chance to choose the desired medical specialty. Similarly, the paths for specialists are

already consolidated in this level of training, nevertheless the narratives of those who could not validate the degree obtained in Latin America range from the instability of working in the private system without proper accreditation, and the frustration for being employed as general practitioners.

Obtaining a specialty works as a mechanism that grants privileges and configures the careers of Latin American doctors on multiple dimensions. On the one hand, the specialty deepens the gap with general practitioners in terms of social recognition and income. Such a situation is more pronounced in Latin America where the number of specialists is much lower than the general practitioners. On the other hand, the chosen specialty shapes the possibilities of professional development in aspects such as the number of job offers in the domestic and international medical market, the income level, and in owning a private office/clinic. In the medical practice, the specialty determines the quality of life concerning the time devoted to work, the type of patient, disease and organ of the body in which s-he is specialized. In another sense, the specialties are hierarchical, giving surgical ones some privileges. Such privileges are gendered, facilitating men the access and successful end of their training, and they are racialized since African and indigenous specialists are a minority. However, as the medical profession is progressively being feminized, at least by those women who can afford the cost, the traditionally masculine specialties are accepting the access of women, though in higher proportions in Spain than in Latin America.

Indeed, the recent massive access of women in medicine is a key factor that could enable, in the future, relevant changes in the profession, which is structurally incorporated in the Euro-North American patriarchy. This gendered structure in favor of men, lead women doctors to face the traditional professionalism, and thus assuming the incorporation of masculine qualities if they want a highly competitive career. One of the attributes that operates to a greater degree at the expense of women doctors holding positions of power such as teachers, heads of services, researchers or managers, is the reconciliation of the working time with the time devoted to parenting required by the traditional role of patriarchy. In this sense, women doctors use strategies such as prioritizing the career instead of the children, delaying childbearing after the specialty, practicing a noncompetitive medicine and using fulltime or part-time domestic help for the ones who can afford it. In the same line, and probably because of the cultural capital of some male partners, we can find strategies that represent ruptures with traditional masculinity such as the coordination of activities, changing roles in the case of men who are not doctors, and the voluntary abandonment of a highly competitive career for a work practice in which doctors decide to reconcile the time of their career with their partners and

children. Nevertheless, this patriarchal structure that privileges the promotion of men over women in positions of power has also a colonial character: in the context of mobility to Spain it prevents Latin American doctors to compete with the national ones given their positions of power in the Spanish medical field.

The neoliberalization of the health systems started in the eighties is another factor that sets itineraries in medicine. As for the labor medical market, the impact of the implementation of neoliberal policies on labor trajectories depends on the age of the doctors. On the one hand, professionals older than 45 years are the most critical with the system as they reached stable careers until the implementation of policies in Latin America and Spain, and they are the ones who have actually suffered the change. By contrast, the youngest were trained and began their professional careers under these policies, and even if they are critical with the privatization processes, they highlight the advantages and the flexibility that allows them to work the hours needed for the level of income they wish, the increasingly deregulated international mobility, and the possibility of multiple work experiences beside the public employment career. However, they recognize that this rhythm causes exhaustion, instability and stress. These neoliberal policies have also called into question traditional medical professionalism and they contradict the ethical codes of medicine since they subordinate medical decisions to control spending criteria. Similarly, although confidence in the professionals has not diminished under the neoliberal logic, the image of the institutions that govern the health system itself is highly deteriorated. However, more problems of confidence have to be found in Spain than in Latin America, due to the demands on professionals that require the practice of a defensive medicine. Likewise, the profession has lost part of social status in which professionalism is based, but in Latin America it still has greater social recognition than in Spain. Paradoxically, the decrease of professional status occurs when the power of the processes of medicalization of everyday life increases. Regarding the economic status in Latin America where neoliberal policies have been implemented for a longer period of time, they have widened the gap between the few doctors with very high incomes, a large proportion of medium income, and those who work in precarious conditions.

The trajectories of Latin American doctors are also shaped by the opening and closing cycles in granting foreign professional credentials that the institutions of the Spanish health system administers as part of the management of medical personnel in neoliberal contexts. In the time frame considered by this research two cycles can be found. The first one, starting from the late nineties until the end of the first decade of the present century, is characterized for the openness in granting new credentials and a

demand for foreign professionals in the public and private medical market. From these years, the institutions of the Spanish health system began a period of gradual closure of credentials, and medical work becomes scarce due to the process of neoliberalization. In accordance with these cycles, in varying degrees, the career paths experience big or small ruptures that break the linearity they usually had. In the opening phase of the Spanish health system the liminal time necessary for obtaining the credentials is lower because the access to the system of training of specialists is easier, the offers for the medical labor market are more abundant, and the legislation is more inclusive since it grants work permits, and hence there is a pull effect among professional networks. On the contrary, the current closure period is characterized by constraints in the MIR quotas for foreigners, the low labor demand is occupied by nationals, without a labor contract the chances of getting a work permit are very low, and there are no longer facilitations for professional networks to come to Spain.

In the dynamics of the current cycle of closure, the trajectories with high levels of vulnerability are experienced by those who result in the intersection between not having obtained the specialty (because of lack of training or recognition of the title), those who do not have the citizenship or work permit in the medical profession, and those who have not gained access to a job with certain labor guarantees. This liminal space generated in the process of obtaining credentials is characterized by a high emotional cost and by the precariousness of jobs that doctors are forced to accept, although their revenue and/or free time permit them to engage and pay for the bureaucratic procedure. In this context, the accumulation of capital previously acquired, together with the credentials obtained in Spain, shape the part of the corresponding path of the medical practice in this country as to the qualification of jobs, income, the establishment of networks, and evaluation of the mobility. Even if there are a wide variety of work experiences in the six typified paths, some generalities are presented on the practice of medicine in the health system in Spain. On the one hand, feelings of frustration emerge when highlighting the lack of resources allocated to Latin American health systems and the extreme poverty of the region, in contrast to the well-being, to the advanced technology, and sometimes, to the abuse and waste of health resources in Spain. On the other hand training and medical practices in the two regions have allowed forming a professional profile that combines the latest technology from Spain with the Latin American clinical medicine. Additionally, despite the homogenization of medical training given by the coloniality of knowledge, the practice of medicine in this country requires a new learning syllabus regarding illnesses, medications, protocols, technology as well as the incorporation of cultural practices in the medical field. Likewise, the ethical question not to be working as doctors in a region with serious socioeconomic problems such as Latin America generates guilt, of lack of it or double guilt.

Nevertheless these perceptions are nuanced by the temporary or permanent labor mobility. As regard the continuity of the career path, and given the centrality of the practice of medicine in the lives of these people, the trajectories differ: staying in Spain, starting a new process of labor mobility to Euro-North America, or returning to Latin America. The possibilities are different according to the social, cultural and economic capitals available for each doctor.

In the medical profession, the interactions with patients and peers are shaped by the existence of spaces of otherness in which they occupy positions of less power given the peculiarity of being 'the other'. In the relation between patients and professionals, the patients use racialized lenses with the doctors when foreign, genderized lenses when women, and ageism lenses when very young, putting into question their medical competence because of such markers of difference. From the doctors' side, even if the relation should be free from prejudices, these appear as part of the medical diagnosis and treatment since they are based on profiling, starting from these classification categories. Even more, they also work as medicalization mechanism with normative character. Moreover, the exercise of power over 'the other' is also a dynamic that shapes the relationship between colleagues. In this regard, during the educational training, the massive entry of women into the male's careers and specialties exposes them to negative stereotypes, concerning their intellectual ability and physical appearance, consistent with the patriarchal system. In the case of clerkship in boarding schools, because of the prestige of the public institutions in the medicine field, the students of private universities are put into question either for their high socioeconomic status, or because the institutions where they are studying do not hold high standards. In the compulsory social service, especially in rural and remote areas, professionals of the 'capital city' are rejected because of the scarce knowledge of traditional medicine they have, ending up to compete with shamans in the region. Moreover they are discriminated since they are 'white' or 'mestizos', and women have to face different sexist attitudes than the ones they are used to in big urban centers.

Nevertheless, the contexts of international mobility are the spaces of otherness where the position of domination over 'the other', namely 'the stranger' is more strongly reinforced. In such a situation, the professionals, beside the structural genderization of medicine, experience a process a downward social and professional mobility, according to the racial grounds of nationality and phenotypic traits consistent with the classification and hierarchy theorized by the modern/colonial system. Thus, in cases of intra-Latin American mobility, among others, in Argentina professionals from Bolivia are called into question, in Venezuela and Brazil Cubans suffer the same process, as well as in Guatemala the nationals who have been trained

in Cuba. Changing continent, the same hierarchy of the color of the coloniality is maintained in Spain, where the Latin American are racialized according to the degree of whitening that characterizes the region: from the 'whiteness' of the Southern Cone to the diverse range of the 'white-mestizo' and the 'darkness' of other nationalities. In this sense, stereotypes, prejudices and discriminations are connected with this racial scale, in example, they are positive/negative and inclusive/exclusive according to the range between the 'white'/'dark'. Moreover, they increase or diminish in an intersectional and situated form. In the case of the closing or opening cycles of credentials, 'the foreign' is perceived as a minor threat during prosperous times, independently from the quantity of professionals who are in Spain. Conversely, in periods of closure, like this one, they represent a concern for fear of invasion even if in the country very few professionals are living. In the same way, the process of putting into question the quality of the training obtained in Latin America is accentuated in more qualified doctors work, as there is a contradiction between the status of power positions one enjoys and the status of 'Latin' person. This situation does not happen in less skilled jobs, where there is no suspicion concerning knowledge because it is considered that Latin American doctors are suitable for this type of job offers.

The social capitals acquired over the biographies are a very important factor in shaping the education and labor trajectories. The networks, and the relations between them, constitute a dense intertwined that enables the formation of a *medical habitus*, which allows Latin American doctors belonging to a specific class with the privileges granted by this paradigmatic profession of modernity. In this regard, the formation and accumulation of networks around medicine are intertwined in different spaces and temporalities. From the family one can inherit social capitals, whose degree of effectiveness depends on the social class to which s-he belongs to, and whether some relatives are linked to the medical field. In such a family environment we consider also the networks of the partners who are professionals in the field of medicine. In secondary education, university and specialty we can probably find the strongest consolidation of personal and institutional ties, since the formation of small and very cohesive study groups that meet high academic standards of institutions are generally characterized by high prestige and recognition. In such spaces of academic training, the children of families that do not have high social capitals, can have access to socio-professionals networks through their classmates whose families enjoy these circles. Additionally, the networks are getting stronger as the career paths are developed in different territories and institutions, reinforced by international mobility experiences in Latin America and Euro-North America, which gives them a transnational and multi-territorial character. Thus, the dense meshing of networks built around medicine and constituted by people, institutions and territories,



provides the necessary contacts to access training opportunities, job offers in the medical market, and enables international mobility projects over periods of attraction of foreign professionals.

The interweaved of the factors mentioned here allows Latin American doctors living in Spain to develop cosmopolitan, transnational and multi-territorial ways of inhabiting the world. In this sense, the transnational citizenship defined by the legal status in Latin America and Spain, the incarnation of a cosmopolitan lifestyle, the economic, social and cultural capitals, as well as mass transport and new technologies, enable these professionals to live in between the territories in which they practiced medicine. From this intermediate position, the feelings of belonging vary, depending on the context from 'belong to the whole world', 'be just from Latin America', or 'do not belong anywhere'. When they are referring to Latin America, one belongs just there and pride prevails over the identification with 'the Latin'. When talking about the projects for the future, the definition is doctor and world citizen, opening the possibilities to move to various countries. Whereas while expressing their political opinions they are delegitimized both here and there, because they do not longer belong anywhere. In the same way, though nuanced by the situation, feelings of loneliness, loss of identity and feelings of being divided or not being complete can arise, sensation of being comfortable here and there, but at the same time, estranged.

The cosmopolitan, transnational and multi-territorial subjectivity of these physicians is shaped through the different mobility experiences of their professional trajectories. In the case of Spain, this European country enables them to live their life in a safe environment, with a higher quality of life and less hostile than Latin America, even if they lose the socio-economic status they would enjoy in that region, as well as the daily life with their family and friends, substituted in the distance by transnational care. Additionally, women experience a far less sexist space that allows them to inhabit the street, and to free themselves from the excessive care for appearance. On a personal level, they have gained in autonomy and independence facing a life away from family networks and friends from childhood and adolescence. They also experience the recognition of colonial legacy that while creating cultural proximity, also subordinates them. In this sense, they face racialization processes in line with the color gradation establishes by the hierarchy of the colonial/modern system. However, they acknowledge that they have not been exposed to extreme situations of prejudice or discrimination both on the street, in the workplace and in institutions, such as those experienced by many immigrants from Latin America. Their explication concerns the fact that they are medical professionals. That is, in situations in which the status of 'doctor' is diluted by the phenotypic traits, by the accent or by a presumption of lower social

class, and in consequence prevails the 'immigrant' status, the medical profession works as a whitening mechanism that restores their power and greater social hierarchy position with the connected privilege, taking distance from the discriminations and negative stereotypes to which unskilled immigration is exposed.

Finally, we consider that it would be of special interest to conduct research to compare the trajectories of Latin American physicians in such countries that were the most desired in the conversations and that hold a higher power position than Spain: US, Britain, France and Germany. These geopolitical spaces represent a greater complexity for the international mobility given the languages and the difficulties to get the academic and stay credentials, processes facilitated by Spain due to colonial ties. Along these lines, the comparative research would be addressed from the same methodological perspectives. On the one hand, the structural analysis based on the theory of the colonial/modern world-system, and on the other, the intersectional approach that makes visible the privileges/discriminations and inclusions/exclusions that are experienced along the trajectories in the interweaved of categories of social differentiation such as class, race, and gender, among others. In light of these comparative researches, aspects to be deepening are the understanding of contemporary social processes of classification and hierarchization of Latin American professional classes with high social and economic status, in neoliberal and international mobility contexts.



## Bibliografía

- ACP – American College of Physicians**, (2004), "Weighing the Evidence for Expanding Physician Supply" en *Medicine and Public Issues*, Vol. 141, pp. 705-714.
- Allsop**, Judith, (2006), "Regaining Trust in Medicine: Professional and State Strategies" en *Current Sociology*, Vol. 54, No. 4, pp. 621-636.
- Allsop**, Judith, **Bourgeault**, Ivy Lynn, **Evetts**, Julia, **Le Bianic**, Thomas, **Jones**, Kathryn y **Drede**, Sirpa, (2009), "Encountering Globalization: Professional Groups in an International Context" en *Current Sociology*, Vol. 57, No. 4, pp. 487-510.
- Aluwihare**, Arjuna, (2005), "Physician Migration: Donor Country Impact" en *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 25, pp. 15-21.
- Anzaldúa**, Gloria, (1987), *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*, San Francisco: Aunt Lute.
- Arah**, Onyebuchi, **Ogbu**, Uzor y **Okeke**, Chukwudi, (2008), "Too Poor to Leave, Too Rich to Stay: Development and Global Health Correlates of Physician Migration to the United States, Canada, Australia, and the United Kingdom" en *American Journal of Public Health*, Vol. 98, No. 1, pp. 148-154.
- Arango**, Gabriela, (2002), "Sobre dominación y luchas: Clase y género en el programa de Bourdieu" en *Revista Colombiana de Sociología*, Vol. VII, No. 1, pp. 99-118.
- Arrizabalaga**, Pilar y **Bruguera**, Miguel, (2009), "Feminización y ejercicio de la medicina" en *Medicina Clínica*, Vol. 133, No. 5, pp. 184-186.
- Baranger**, Denis, (2000), "Sobre estructuras y capitales: Bourdieu, el análisis de redes y la noción de capital social" en *Revista de Antropología Avá*, No. 2, pp. 41-63.
- Bello**, Jeisson, (2013), *Cuerpos encerrados, vidas criminalizadas. Interseccionalidad, control carcelario y gobierno de las diferencias*, Tesis de Maestría en Antropología Social, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ben-David**, Joseph, (1964), "Professions in the Class System of Present-day Societies" en *Current Sociology*, Vol.12, No. 1, pp. 247-299.
- Berenzon-Gorn**, Shoshana, **Ito-Sugiyama**, Emily y **Vargas-Guadarrama**, Luis Alberto, (2006), "Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas

- tradicionales de la Ciudad de México” en *Revista Salud Pública de México*, Vol. 48, No. 1, pp. 45-56.
- Bertakis**, Klea, (2009), “The Influence of Gender on the Doctor–Patient Interaction” en *Patient Education and Counseling*, Vol. 76, pp. 356-360.
- Bertaux**, Daniel, (2005), *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*, Barcelona: Ediciones Bellatera.
- Bourdieu**, Pierre, (1997), *Razones prácticas sobre la Teoría de la Acción*, Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourgeault**, Ivy Lynn, **Benoit**, Cecilia y **Hirschhorn**, Kristine, (2009), “Introduction: Comparative Perspectives on Professional Groups: Current Issues and Critical Debates” en *Current Sociology*, Vol. 57, No. 4, pp. 475-485.
- Brah**, Avtar, (2013), “Pensando en y a través de la interseccionalidad” en Martha Zapata Galindo, Sabina García Peter, Jennifer Chan de Avila, (eds.) *La interseccionalidad en debate. Actas del Congreso Internacional “Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior”*, pp. 14-20, Lateinamerika-Institut der Freien Universität Berlin.
- Brumberg**, Joan Jacobs y **Tomes**, Nancy, (1982), “Women in the Professions: A Research Agenda for American Historians” en *Reviews in American History*, Vol. 10, No. 2, pp. 275-296, The Johns Hopkins University Press.
- Burris**, Beverly, (1993), *Technocracy at Work*, New York: State University of New York Press.
- Caicedo**, José Antonio y **Castillo**, Elizabeth, (2008), “Indígenas y afrodescendientes en la universidad colombiana: nuevos sujetos, viejas estructuras” en *Cuadernos Interculturales*, Vol. 6, No. 10, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile, pp. 62-90.
- Castaño**, Cecilia, **Martín**, Juan, **Martínez**, José, **Vásquez**, Susana, **Martínez-Espada**, Elisa y **Romero**, María Cristina, (2011), *La brecha digital de género en España: análisis multinivel (España, Europa, CCAA)*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- Castro-Gómez**, Santiago y **Grosfoguel**, Ramón, (2007), “Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico” en Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel (eds.) *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, pp. 9-23, Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Cejas**, Mónica, (2011), “Desde la experiencia. Entrevista a Ochy Curiel” en *Andamios. Revista de Investigación Social*, Vol. 8, No. 17, pp. 181-197.

- CEPAL**, (2005), *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*, Santiago de Chile: CEPAL
- Champy**, Florent, (2006), "Professional Discourses under the Pressure of Economic Values" en *Current Sociology*, Vol. 54, No. 4, pp. 649-661.
- Chappell**, Laura, **Sanchez**, Loic y **Shah**, Jaideep, (2009), *Easing the Strain: Understanding Brain Drain and Where Policy Can Respond*, Development on the Move, Working Paper 3.
- Cheng**, Ling-Fang, (2010), "Why aren't Women Sticking with Science in Taiwan?" en *Kaohsiung J Med Sci*, Vol. 26, No. 6, pp. 28-34.
- Cockerham**, Geoffrey y **Cockerham**, William, (2010), *Health and Globalization*, Cambridge: Polity Press.
- Coloma**, Soledad, (2012), "La migración calificada en América Latina: similitudes y contrastes" en *Boletín FLACSO Andina Migrante*, No. 13, pp. 2-14.
- Comisión Europea -CE-**, (2010a), "Análisis de políticas europeas" en CE (coord.) *Migraciones profesionales LA-UE. Oportunidades para el desarrollo compartido*. CE.
- Comisión Europea -CE-**, (2010b), "Planificación de la fuerza laboral de profesionales de medicina y enfermería en una selección de países europeos: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido" en CE (coord.) *Migraciones profesionales LA-UE. Oportunidades para el desarrollo compartido*. CE.
- Correia**, Tiago, (2012), "Debating the comprehensive basis of western healthcare systems in the light of neo-liberalism" en *CIES e-Working Paper*, No. 124, pp. 1-15.
- Curiel**, Ochy, (2008), "Superando la interseccionalidad de categorías por la construcción de un proyecto político feminista radical. Reflexiones en torno a las estrategias políticas de las mujeres afrodescendientes" en Peter Wade, Fernando Urrea, Mara Viveros (eds.) *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*, pp. 461-484, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Delanty**, Gerard, (2008), "La universidad y la ciudadanía cosmopolita" en *La educación superior en el mundo*, pp. 28-31.
- Delgado**, Ana y **Soletti**, Lorena, (2011), "Feminización de la medicina y tiempo de trabajo" en *Revista Feminismo/s*, No. 18, pp. 323-331.
- Devillard**, Marie José, **Franzé**, Adela y **Pazos**, Álvaro, (2012), "Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico" en *Revista Política y Sociedad*, Vol. 49, No. 2, pp. 353-369.

- de Vries**, Raymond, **Dingwall**, Robert y **Orfali**, Kristina, (2009), "The Moral Organization of the Professions: Bioethics in the United States and France" en *Current Sociology*, Vol. 57, No. 4, pp. 555-579.
- Díaz-Romero**, Pamela (ed.), (2006), *Caminos para la inclusión en la Educación Superior en Chile*, Santiago de Chile: Fundación Ford, CEPAL, UNESCO/OREALC, Fundación Equitas.
- di Luzio**, Gaia, (2006), "A Sociological Concept of Client Trust" en *Current Sociology*, Vol. 54, No. 4, pp. 549-564.
- Dubet**, François, (2006), *El declive de la institución: profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*, Madrid: Gedisa.
- Einstein**, Gillian y **Shildrick**, Margrit, (2009), "The postconventional body: Retheorising women's health" en *Social Science & Medicine*, Vol. 69, pp. 293-300.
- Enguix**, Begonya, (2012), "Entonces: ¿Qué hacemos con los datos? Reflexiones sobre la interpretación de los datos en Ciencias Sociales" en *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, No. 4, pp. 52-67.
- EOHSP – European Observatory on Health Systems and Policies**, (2006), *The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience*, Organización Mundial de la Salud, Trowbridge, Wilts, Londres: The Cromwell Press.
- Evetts**, Julia, (2006a), "Short Note: The Sociology of Professional Groups, New Directions" en *Current Sociology*, Vol. 54, No. 1, pp. 133-143.
- Evetts**, Julia, (2006b), "Introduction: Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes" en *Current Sociology*, Vol. 54, No. 4, pp. 515-533.
- Fals Borda**, Orlando, (s.f.), "¿Una sociología de la liberación?" en (s.d.), pp. 15-23.
- Fals Borda**, Orlando, (1967), "Ciencia y Compromiso" en *ECO Revista de la Cultura de Occidente*, Tomo XVI/2, No. 92, pp. 181-200.
- Fals Borda**, Orlando, (2009), "La crisis, el compromiso y la ciencia" en *Una sociología sentipensante para América Latina*, Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Buenos Aires: CLACSO, pp. 219-252.
- Federici**, Silvia, (2004), *Calibán y la Bruja: Mujeres, Cuerpo y Acumulación Originaria*, Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.
- Flesch**, Hannah, (2010), "Balancing act: Women and the study of complementary and alternative medicine" en *Complementary Therapies in Clinical Practice*, Vol. 16, pp. 20-25.
- Foucault**, Michel, (1978), "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina" en *Serie de Desarrollo de Recursos Humanos*, No. 23, pp. 17-35. Organización Panamericana de la Salud.

- Foucault**, Michel, (1977), "El nacimiento de la medicina social" en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, Enero-Abril, pp. 89-108.
- FPME – Foro de la Profesión Médica de España**, (2014), "¿Por qué *Numerus Clausus* en la Medicina? Razones para frenar la apertura de nuevas facultades de Medicina" en *Revista de la Fundación Educación Médica*, Vol. 17, No. 1, pp. 7-10.
- Freidson**, Eliot, (2001), "La Teoría de las profesiones: Estado del Arte" en *Perfiles Educativos*, Vol. 23, No. 93, pp. 28-43.
- Fraser**, Nancy, (2000), "Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento" en *New left review*, Vol. 4, pp. 55-68.
- Freire**, Andrés, (2012), "Migración cualificada: Trayectorias socioprofesionales de los médicos latinoamericanos en Cataluña" en *Actas del VII Congreso Migraciones Internacionales en España, Movilidad humana y diversidad social*, pp. 1101-1120.
- Freire**, Andrés y **Masanet**, Erika, (2013), "Médicos latinoamericanos en Cataluña: procesos de integración y desarrollo profesional" en *REMHU - Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana* [online], Vol. 21, No. 41, pp. 225-240.
- Gallo**, Pedro y **Gené**, Joan, (2011), "Pacientes y profesionales de la salud: viejos actores y nuevos retos" en *Actas del III Congreso Anual de la REPS (Red Española de Política Social). Los actores de las políticas sociales en contextos de transformación*, Universidad Pública de Navarra, pp. 1-15.
- García Canclini**, Néstor (2002) "Ocho acercamientos al latinoamericanismo en Antropología", [online] <http://www.pacc.ufrrj.br/z/ano3/01/artigo01.htm>
- GfK Verein**, (2014), *Global study on trusted professions*, Alemania: GfK SE.
- Gil**, Franklin, (2010), *Vivir en un mundo de 'blancos'. Experiencias, reflexiones y representaciones de 'raza' y clase de personas negras de sectores medios en Bogotá D.C.*, Tesis de Maestría en Antropología Social, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gil**, Franklin, (2008), "Racismo, homofobia y sexismo. Reflexiones teóricas y políticas sobre interseccionalidad" en Peter Wade, Fernando Urrea, Mara Viveros (eds.) *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*, pp. 485-512, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Giménez**, Gilberto, (2000). "Identidades en globalización" en *Espiral, Estudios sobre estado y sociedad*, Vol. VII, No. 19, pp. 27-48.
- Giraldo**, César, (2005), *Finanzas públicas en América Latina: la economía política*, Bogotá: Ediciones Desde Abajo.
- Goldstein**, Jan, (1984), "Foucault among the Sociologists: The 'Disciplines' and the History of the Professions" en *History and Theory*, Vol. 23, No. 2, pp. 170-192.



- Goldthorpe**, John, (1982), "On the service class, its formation and future" en Giddens, A. y Mackenzie, G. (eds.) *Social Class and the Division of Labour: Essays in Honour of Ilya Nuestad*, pp. 162-185, Cambridge: Cambridge University Press.
- González**, Beatriz, **Barber**, Patricia y **Dávila**, Carmen, (2011) "Opportunities in an expanding health service: Spain between Latin American and Europe" en Wismar, Matthias, Maier, Claudia B., Glinos, Irene A., Dussault, Gilles y Figueras, Josep. (eds) *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*, pp. 263-293, Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- González**, Stella, (2013), "Interseccionalidad y diversidad. En defensa de un modelo de análisis categorial no opresivo que respeta la diferencia" en Martha Zapata Galindo, Sabina García Peter, Jennifer Chan de Avila, (eds.) *La interseccionalidad en debate. Actas del Congreso Internacional "Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior"*, pp. 45-55, Lateinamerika-Institut der Freien Universität Berlin.
- Granda**, Edmundo, (2009), *La salud y la vida*, Volumen I, II, III, Quito: OMS.
- Grosfoguel**, Ramón, (2006), "La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales. Transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global" en *Notas de Población*, No. 80, pp. 53-74.
- Grosfoguel**, Ramón, (2013), "Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI" en *Revista Tabula Rasa*, No. 19, pp. 31-58.
- Gunilla**, Risberg, **Johansson**, Eva, **Westman**, Göran, y **Hamberg**, Katarina, (2003), "Gender in medicine – an issue for women only? A survey of physician teachers' gender attitudes" en *International Journal for Equity in Health*, [online] <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/10>
- Hafferty**, Frederic y **Light**, Donald, (1995), "Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work" en *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, pp. 132-153, American Sociological Association.
- Haraway**, Donna, (1995), *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvención de la naturaleza*, Madrid: Ediciones Cátedra.
- Hellebrandováv**, Klára, (2014), "Escapando a los estereotipos (sexuales) racializados: el caso de las personas afrodescendientes de clase media en Bogotá" en *Revista de Estudios Sociales*, No. 49, pp. 87-100.
- Hernández**, Ildelfonso y **Lumbreras**, Blanca, (2014), "Crisis e independencia de las políticas de salud pública. Informe SESPAS 2014" en *Gaceta Sanitaria*, No. 28(S1), pp. 24-30, Madrid: Elsevier.
- Hughes**, Everett C., (1960), "The Professions in Society" en *The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue canadienne d'Economie et de Science*

*politique*, Vol. 26, No. 1, pp. 54-61, Blackwell Publishing on behalf of Canadian Economics Association.

**Iriart**, Celia, **Waitzkin**, Howard, **Breilh**, Jaime, **Estrada**, Alfredo y **Merhy**, Emerson, (2002), "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 12(2), pp. 128-136.

**Kaba**, R. y **Sooriakumaran**, P, (2007), "The Evolution of the Doctor-Patient Relationship" en *International Journal of Surgery*, No. 5, pp. 57-65.

**Katzer**, Leticia y **Samprón**, Agustín, (2012), "El trabajo de campo como proceso. La 'etnografía colaborativa' como perspectiva analítica", en *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, No. 2, pp. 59-70.

**Krause**, Elliott A., (2001), "Professional Group Power in Developing Societies" en *Current Sociology*, Vol. 49, No. 4, pp. 149-175.

**Kuhlmann**, Ellen, (2009), "From Women's Health to Gender Mainstreaming and Back Again: Linking Feminist Agendas and New Governance in Healthcare" en *Current Sociology*, Vol. 57, No. 2, pp. 135-154.

**Lander**, Edgardo, (2000), "Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntrico" en Edgardo Lander (comp.) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, pp. 3 a 40, Buenos Aires: CLACSO.

**Lassiter**, Eric, (2005), *The Chicago Guide to Collaborative Ethnography*, Chicago: University of Chicago Press.

**Leicht**, Kevin T., **Walter**, Tony, **Sainsaulieu**, Ivan y **Davies**, Scott (2009), "New Public Management and New Professionalism across Nations and Contexts" en *Current Sociology*, Vol. 57, No. 4, pp. 581-605.

**López**, Luis Enrique, **Moya** Ruth, **Hamel** Rainer, (2007), *Pueblos indígenas y educación superior en América Latina y el Caribe*, Documento de trabajo del Encuentro de Universidades Interculturales e Indígenas de América Latina, México D.F.

**López**, Oliva y **Peña**, Florencia, (2006), "Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano" en *Medicina Social*, Vol. 1, No. 3, pp. 82-102.

**Lugones**, María, (2008), "Colonialidad y Género" en *Revista Tabula Rasa*, No. 9, pp. 73-101.

**Lugones**, María, (2011), "Hacia metodologías de la decolonialidad", en Leyva et. al *Reflexiones desde nuestras prácticas políticas y de conocimiento situado (Tomo II)*, Chiapas, Ciudad de México, Ciudad de Guatemala y Lima: Las otras ediciones, Planeta Tierra, CIESAS, UNICACH, PDTG-UNMSM, pp. 788-813.

**Maldonado-Torres**, Nelson (2007), "Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto" en Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel

(eds.) *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, pp. 127-168, Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.

**Marks**, Abigail y **Baldry**, Chris, (2009), "Stuck in the middle with who? The class identity of knowledge workers" en *Work, Employment and Society*, Vol. 23, No. 1, pp. 49-65.

**Martínez**, Jorge, (2006), "Globalizados, pero restringidos. Una visión latinoamericana del mercado global de recursos humanos calificados" en Canales, Alejandro (ed.) *Panorama actual de las migraciones en América Latina*, México: Universidad de Guadalajara y Asociación Latinoamericana de Población, pp. 45-79.

**Masanet**, Erika, (2010), "La migración cualificada de los profesionales de la salud en Portugal y España: Una aproximación general" en *Obets. Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 5, No. 2, pp. 243-267.

**Masanet**, Erika, (2012), "A imigração qualificada dos(as) médicos(as) brasileiros(as) na Espanha e em Portugal: quais as diferenças e as semelhanças?" en Padilla, Beatriz; Rodrigues, Elsa; Masanet, Erika; Fernandes, Gleiciani; Gomes, Mariana; França, Thais (Org.), *Novas e velhas configurações da imigração brasileira na Europa. Atas do 2º Seminário de Estudos sobre a Imigração Brasileira na Europa*, Lisboa, ISCTE, pp. 159-174.

**Masanet**, Erika, **Hernández-Plaza**, Sonia y **Padilla**, Beatriz, (2012), "A competência cultural dos(as) médicos(as) latino-americanos(as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: Algumas notas preliminares" en *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, Vol. I, No. 1, pp. 6-18.

**Mato**, Daniel, (2012a), "Presentación" en Daniel Mato (coord.) *Educación superior y pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina. Normas, políticas y prácticas*, pp. 11-16, Caracas: IESALC-UNESCO.

**Mato**, Daniel, (2012b), "Educación superior y pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina. Constituciones, leyes, políticas públicas y prácticas institucionales" en Daniel Mato (coord.) *Educación superior y pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina. Normas, políticas y prácticas*, pp. 17-102, Caracas: IESALC-UNESCO.

**Mignolo**, Walter, (2000), *Historias locales/Diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*, Madrid: Akal.

**Moraes**, Natalia, (2009), "Del mito de la desterritorialización a la multiterritorialidad: una revisión conceptual a partir de la migración uruguaya" en *AREAS. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, No. 28, pp. 61-70.

**MSSSI – Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y UPGC – Universidad de las Palmas de Gran Canaria**, (2011), *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010 – 2025)*, MSSSI, Madrid.

**Munévar**, Doris, (2013), “Interseccionalidad y otras nociones. Tramas para develar lo ignorado” en Martha Zapata Galindo, Sabina García Peter, Jennifer Chan de Avila, (eds.) *La interseccionalidad en debate. Actas del Congreso Internacional “Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior”*, pp. 56-65, Lateinamerika-Institut der Freien Universität Berlin.

**Muñoz**, Leticia, (2012), “Carreras y trayectorias laborales: una revisión crítica de las principales aproximaciones teórico-metodológicas para su abordaje” en *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, Vol. 2, No. 1, pp. 36-65.

**Nurok**, Michael y **Henckes**, Nicolas, (2009), “Between professional values and the social valuation of patients: The fluctuating economy of pre-hospital emergency work” en *Social Science & Medicine*, Vol. 68. pp. 504-510.

**OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y OMS – Organización Mundial de la Salud**, (2010), *Policy Brief: International Migration of Health Workers*, OCDE-OMS.

**OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico**, (2006), *The Supply of Physician Services in OECD Countries*, OCDE.

**OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico**, (2008), *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?*, OCDE.

**OCDE – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico**, (2007), *International Migration Outlook. SOPEMI 2007 Edition*, OCDE.

**OIM – Organización Internacional de las Migraciones**, (2008), *World Migration 2008: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy*, OIM.

**Olgiati**, Vittorio, (2006), “Shifting Heuristics in the Sociological Approach to Professional Trustworthiness: The Sociology of Science” en *Current Sociology*, Vol. 54, No. 4, pp. 533-547.

**OMC - Organización Médica Colegial de España**, (2009), *Demografía Médica. Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario*, OMC.

**OMS – Organización Mundial de la Salud**, (2010), *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, OMS.

**OMS – Organización Mundial de la Salud**, (2009), *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, OMS.

- OMS – Organización Mundial de la Salud**, (2008), “Forecasting the Global Shortage of Physicians: An Economic and Needs-Based Approach” en *Bulletin of the World Health Organization*, No. 86, pp. 516-523, OMS.
- OMS – Organización Mundial de la Salud**, (2006), *Trabajando juntos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo*, OMS.
- OMS – Organización Mundial de la Salud**, (2002), *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005*, OMS.
- OPS – Organización Panamericana de la Salud**, (2013), *Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos. Retos y perspectivas en los países de la Región Andina*, OPS.
- Orueta**, Ramón, **Santos**, Coral, **González**, Enrique, **Fagundo**, Eva, **Alejandro**, Gemma, **Carmona**, Javier, **Rodríguez**, Javier, **Del Campo**, José, **Díez**, María, **Vallés**, Natalia y **Butrón**, Teresa, (2011), “Medicalización de la vida (I)” en *Revista Clínica de Medicina de Familia*, Vol. 4, No. 2, pp. 150-161.
- Quijano**, Aníbal, (2000), “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina” en Edgardo Lander (comp.) *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, pp. 203 a 241, Buenos Aires: CLACSO.
- Quijano**, Aníbal, (2007), “Colonialidad del poder y clasificación social” en Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel (eds.) *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, pp. 93-126, Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- Padilla**, Beatriz, (2010), “Algunas reflexiones sobre la migración altamente cualificada: Políticas, mercados laborales y restricciones” en *Obets Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 5, No. 2, pp. 269-291.
- Padilla**, Beatriz y **Ortiz**, Alejandra, (2014), “Ciudadanía transnacional: latinoamericanos en Portugal” en *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, No. 106-107, pp. 39-59.
- Parsons**, Talcott, (1939), “The Professions and Social Structure” en *Social Forces*, Vol. 17, No. 4, pp. 457-467.
- Pazos**, Álvaro, (2002), “El tiempo pasado. Formas discursivas y usos sociales del recuerdo” en *Revista Estudios de Psicología*, Vol. 23, No. 1, pp. 111-126.
- Pellegrino**, Adela, (2008), “La migración calificada en América Latina” en *Foreign Affairs en Español*, Vol. 8, No. 2, pp. 15-26.
- Pfadenhauer**, Michaela, (2006), “Crisis or Decline? Problems of Legitimation and Loss of Trust in Modern Professionalism” en *Current Sociology*, Vol. 54, No. 4, pp. 565-578.

- Plochg**, Thomas, **Klazinga**, Niek y **Starfield**, Barbara, (2009), "Transforming medical professionalism to fit changing health needs" en *BMC Medicine*, Vol. 7, No. 64, BioMed Central Ltd.
- PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**, (2013), *Resumen. Informe regional de desarrollo humano 2013 - 2014. Seguridad ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina*, PNUD.
- Rama**, Claudio, (2005), "La política de educación superior en América Latina y el Caribe", en *Revista de la Educación Superior*, Vol. XXXIV (2), No. 134, pp. 47-62.
- Rappaport**, Joanne y **Ramos**, Abelardo, (2005), "Una historia colaborativa: retos para el diálogo indígena-académico" en *Revista Historia Crítica*, No. 29, pp. 39-62.
- Repullo**, José, (2014), "Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014" en *Gaceta Sanitaria*, No. 28(S1), pp. 62-68, Elsevier.
- Restrepo**, Eduardo y **Rojas**, Axel, (2010), *Inflexión colonial: fuentes, conceptos y cuestionamientos*, Popayán: Universidad del Cauca, Bogotá: Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, Universidad Javeriana.
- Ribeiro**, Joana, (2008), "Gendering migration flows: Physicians and nurses in Portugal" en *Equal Opportunities International*, Vol. 27, No. 1, pp. 77-87.
- Ritzer**, George, (1975), "Professionalization, Bureaucratization and Rationalization: The Views of Max Weber" en *Social Forces*, Vol. 53, No. 4, pp. 627-634, University of North Carolina Press.
- Rodríguez**, Josep A. y **Guillén**, Mauro A., (1992), "Organizaciones y Profesiones en la Sociedad Contemporánea" en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, No. 59, pp. 9-18.
- Rodríguez-de Romo**, Ana Cecilia, (2008), "Las mujeres en la Academia Nacional de Medicina de México: análisis de su inserción y ubicación en la élite médica" en *Gaceta Médica de México*, Vol. 144, No. 3, pp. 265-270.
- Rojas**, Leticia, (2012), *Diásporas trans y lésbicas andina/latinoamericana: Percepciones y trayectorias políticas en Madrid*, DEA del Doctorado "La Perspectiva Feminista como Teoría Crítica", Departamento de Economía Aplicada V, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.
- Rosemberg**, Fulvia, (2004), "Acción afirmativa para negros en la enseñanza superior en Brasil", en *Revista Alteridades*, Vol. 14, No. 28, Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa, México D.F., pp. 65-74.
- Rubin**, Gayle, (1986), "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo", en *Revista Nueva Antropología*, Vol. VIII, No. 30, pp. 95-145.

- Sciulli**, David, (2005), "Continental Sociology of Professions Today: Conceptual Contributions" en *Current Sociology*, Vol. 53, No. 6, pp. 915-942.
- Sciulli**, David, (2007), "Paris visual Académie as first prototype profession: Rethinking the Sociology of Professions" en *Theory, Culture & Society*, Vol. 24, No. 1, pp. 35-59.
- Sevillano**, Elena, (2014), "No hay plaza para tanto médico" en *El País*, 30 de enero de 2014, [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/30/actualidad/1391113575\\_604573.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/30/actualidad/1391113575_604573.html)
- Taylor**, Allyn y **Dhillon**, Ibadat, (2011), "The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: The Evolution of Global Health Diplomacy" en *Global Health Governance*, Vol. V, No. 1, pp. 1-24.
- Sverdlick**, Ingrid, **Ferrari**, Paola y **Jaimovich**, Analía, (2005), *Desigualdad e inclusión en la educación superior. Un estudio comparado en cinco países de América Latina*, Buenos Aires: Laboratorio de Políticas Públicas CLACSO.
- Traver**, Vicente y **Fernández-Luque**, Luis, (2011), *El ePaciente y las redes sociales*, Madrid: Publidisa.
- UNDP – United Nations Development Programme**, (2013), *Human Development Report 2013. The rise of the South: Human progress in a diverse world*, UNDP.
- van Mook**, Walther, **van Luijk**, Scheltus, **O'Sullivan**, Helen, **Wass**, Valerie, **Zwaveling**, Jan Harm, **Schuwirth**, Lambert y **van der Vleuten**, Cees, (2009), "The concepts of professionalism and professional behaviour: Conflicts in both definition and learning outcomes" en *European Journal of Internal Medicine*, Vol. 20, pp. 85-89.
- Vásquez**, Socorro, (2005), "Historias o relatos de vida. De lo individual a lo colectivo en la investigación social" en *Revista Universitas Humanística*, No. 59, pp. 52-63.
- Viveros**, Mara, (2007), "De diferencia y diferencias. Algunos debates desde las teorías feministas y de género", en *Género, mujeres y saberes en América Latina, entre el movimiento social, la academia y el Estado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas, pp. 175-190.
- Viveros**, Mara, (2012). "La interseccionalidad: perspectivas sociológicas y políticas.", en Claudia Mayorga, Ju Peruchi y Marco Prado (Compiladores) *Olhares diversos: directos sexuais, feminismos e lesbianidades*, (en publicación).
- Wade**, Peter, (2000), *Raza y Etnicidad en Latinoamérica*, Quito: Abya Yala.
- Wismar**, Matthias, **Maier**, Claudia B., **Glinos**, Irene A., **Dussault**, Gilles y **Figueras**, Josep. (eds), (2011), *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*, Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

**Witz, Anne, (1992), *Professions and Patriarchy*, Londres: Routledge.**

**Yuni, José, Melendez, Cecilia y Diaz, Ana, (2014), “Equidad y políticas universitarias: perspectivas desde Latinoamérica” en *Revista de Docencia Universitaria*, Vol. 12, No. 2, pp. 41-60.**

**Yuval-Davis, Nira, (2013), “Más allá de la dicotomía del reconocimiento y la redistribución” en Martha Zapata Galindo, Sabina García Peter, Jennifer Chan de Avila, (eds.) *La interseccionalidad en debate. Actas del Congreso Internacional “Indicadores Interseccionales y Medidas de Inclusión Social en Instituciones de Educación Superior”*, pp. 21-34, Lateinamerika-Institut der Freien Universität Berlin.**

### **Páginas Web**

**Confederación Estatal de Sindicatos Médicos – CESM,**

<http://www.cesm.org.es/index.php/profesion/foro-de-la-profesion-medica/3086-el-foro-de-la-profesion-se-opone-a-la-apertura-de-nuevas-facultades> [consulta febrero de 2014]

**Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina – CEEM,**

<http://www.ceem.org.es/ceem/quienes-somos/> [consulta febrero de 2014]

**Ilustre Colegio de Médicos de Madrid – ICOMEN,**

<http://www.icomem.es/ventanillaunica.aspx?lang=es-es&s=vuciudadanos&Id=162&p=110&o=0&eq=121> [consulta febrero de 2014]

**Instituto Nacional de Estadística – INE,**

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> [consulta febrero de 2014]

**Ministerio de Educación Cultura y Deporte – MECD,**

<https://sede.educacion.gob.es/dctm/ministerio/horizontales/servicios01/estudios-antes/convalidacion-homologacion-titulos/estudios-universitarios/faq-diferencias.pdf?documentId=0901e72b800caacc> [consulta febrero de 2014]

**Ministerio de Educación Cultura y Deporte – MECD,**

<http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/titulos/homologacion-titulos/homologacion-titulos-universitarios.html> [consulta febrero de 2014].

**Ministerio de Educación Cultura y Deporte – MECD,**

<https://sede.educacion.gob.es/especialistas> [consulta febrero 2014]

**National Geographic,**

<http://ngm.nationalgeographic.com/2011/03/age-of-man/map-interactive>, [consultado abril 2014]



**Organización Médica Colegial – OMC,**

[https://www.cgcom.es/trabajar\\_espana](https://www.cgcom.es/trabajar_espana), [consulta febrero 2014]

**Organización Médica Colegial – OMC,**

<https://www.cgcom.es/omc> [consulta febrero de 2014]

**Organización Médica Colegial – OMC,**

[https://www.cgcom.es/fines\\_omc](https://www.cgcom.es/fines_omc) [consulta febrero de 2014]

**Organización Médica Colegial – OMC,**

[https://www.cgcom.es/noticias/2014/02/14\\_02\\_18\\_certificado\\_idoneidad](https://www.cgcom.es/noticias/2014/02/14_02_18_certificado_idoneidad)  
[consulta febrero de 2014]

**Red de Salud de Cuba,**

<http://www.sld.cu/sitios/bmn/temas.php?idv=12389>, [consulta septiembre 2013]

**Salut per al desenvolupament,**

[http://salutxdesenvolupament.org/es/Red\\_Salud\\_Mujeres\\_Latinoamericanas\\_y\\_del\\_Cari](http://salutxdesenvolupament.org/es/Red_Salud_Mujeres_Latinoamericanas_y_del_Cari)  
be [consulta enero de 2013]

## Anexo

### Abreviaturas Análisis Cuantitativo

<b>BG</b>	Brecha de género entre mujeres y hombres
<b>ESP</b>	Total credenciales en formación Especializada reconocidas por España, a través de dos vías: i) titulaciones en instituciones españolas; y ii) homologaciones y/o reconocimientos de títulos expedidos por instituciones de países diferentes a España
<b>H</b>	Hombres
<b>H&amp;R</b>	Homologaciones y reconocimientos
<b>HOM</b>	Homologaciones de títulos médico y/o especialista obtenidos en instituciones universitarias diferentes a las españolas
<b>LAM</b>	Países de Latinoamérica
<b>M</b>	Mujeres
<b>MED</b>	Total credenciales en formación Médica reconocidas por España, a través de dos vías: i) titulaciones en instituciones españolas; y ii) homologaciones y/o reconocimientos de de títulos expedidos por instituciones de países diferentes a España
<b>MIR</b>	Sistema de formación especializada de España (Médico Interno Residente)
<b>PR</b>	Institución universitaria privada
<b>PU</b>	Institución universitaria pública
<b>REC</b>	Reconocimientos del título médico y/o especialista obtenidos en instituciones universitarias diferentes a las españolas
<b>RM</b>	Países del mundo diferentes a España, la UE/EEE y Latinoamérica
<b>TIT</b>	Títulos de formación médica y/o especializada obtenidos en instituciones universitarias de España
<b>TO/TOT</b>	Total de una serie de datos
<b>UE/EEE</b>	Países pertenecientes a la Unión Europea, al Espacio Económico Europeo y Suiza

Países UE/EEE	
<b>AL</b>	Alemania
<b>AU</b>	Austria
<b>BE</b>	Bélgica
<b>BU</b>	Bulgaria
<b>CH</b>	Chipre
<b>CR</b>	Croacia
<b>DI</b>	Dinamarca
<b>EQ</b>	Eslovaquia
<b>ES</b>	España

Países UE/EEE	
<b>ET</b>	Estonia
<b>EV</b>	Eslovenia
<b>FI</b>	Finlandia
<b>FR</b>	Francia
<b>GR</b>	Grecia
<b>HU</b>	Hungría
<b>IR</b>	Irlanda
<b>IS</b>	Islandia
<b>IT</b>	Italia
<b>LE</b>	Letonia
<b>LI</b>	Lituania
<b>LU</b>	Luxemburgo
<b>NO</b>	Noruega
<b>PB</b>	Países Bajos
<b>PL</b>	Polonia
<b>PR</b>	Portugal
<b>RC</b>	República Checa
<b>RU</b>	Rumanía
<b>SC</b>	Suecia
<b>SZ</b>	Suiza
<b>UK</b>	Reino Unido

Países Latinoamérica	
<b>ARG</b>	Argentina
<b>BOL</b>	Bolivia
<b>BRA</b>	Brasil
<b>C.R</b>	Costa Rica
<b>CHI</b>	Chile
<b>COL</b>	Colombia
<b>CUB</b>	Cuba
<b>E.S</b>	El Salvador
<b>ECU</b>	Ecuador
<b>GUA</b>	Guatemala
<b>HON</b>	Honduras
<b>MEX</b>	México
<b>NIC</b>	Nicaragua
<b>PAN</b>	Panamá
<b>PAR</b>	Paraguay
<b>PER</b>	Perú
<b>R.D</b>	República Dominicana
<b>URU</b>	Uruguay
<b>VEZ</b>	Venezuela



**Tesis con Mención de Doctorado Europeo**